

Здоровье

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПРАВДА» МОСКВА

1 ● 1976





МОСКВА БУДЕТ ОБРАЗЦОВЫМ КОММУНИСТИЧЕСКИМ ГОРОДОМ!

С каждым годом меняют облик московские улицы, благоустраиваются, хорошеют жилые кварталы. На Ленинском проспекте вырос квартал 45«Д». Градостроители немало потрудились, чтобы дома выглядели красивыми, квартиры имели улучшенную планировку.

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СССР И РСФСР

Здоровье

Основан 1 января 1955

№ 1 (253) 1976

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА

Редакционная коллегия:

Я. Г. БАРАНОВ,
О. В. БАРОЯН,
В. А. ГАЛКИН,
С. М. ГРОМБАХ,
Ю. Ф. ИСАКОВ,
Г. Н. КАССИЛЬ,
И. А. КРЯЧКО,
М. И. КУЗИН,
Т. Е. НОРКИНА
(отв. секретарь),
Д. С. ОРЛОВА,
М. А. ОСТРОВСКИЙ,
Л. С. ПЕРСИАНИНОВ,
А. А. ПОКРОВСКИЙ,
А. Г. САФОНОВ,
(зам. главного редактора),
В. С. САВЕЛЬЕВ,
М. Я. СТУДЕНИКИН,
М. Е. СУХАРЕВА,
Н. В. ТРОЯН,
Т. В. ФЕДОРОВА
(зам. главного редактора),
А. П. ШИЦКОВА

Главный художник
Е. В. ТЕРЕХОВ

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

В ЭТОМ НОМЕРЕ

- | | | |
|-----------------|----|---|
| В. Д. Тимаков | 2 | УЧЕНЫЕ РАПОРТУЮТ |
| | 4 | СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ
В ДЕВЯТОЙ ПЯТИЛЕТКЕ |
| Ал. Лебедев | 7 | ЦРБ. ЧТО ДАЛА ОНА ТРУЖЕНИКАМ
ПОЛЕЙ |
| Г. В. Рыжиков | 9 | МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ |
| В. Николаев | 10 | ГЕРОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА
М. В. ИВАНЮКОВ |
| И. К. Шхвацабая | 12 | НОВОЕ О СТАРЫХ БОЛЕЗНЯХ |
| И. П. Елизарова | 14 | КОГДА ВЫЗЫВАТЬ ВРАЧА? |
| | 16 | ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ |
| А. Е. Дмитриев | 18 | ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ |
| М. П. Зыков | 18 | ГРИПП ОПАСЕН ОСЛОЖНЕНИЯМИ |
| В. А. Оленева | 20 | НЕ ИДИТЕ НАВСТРЕЧУ ПОЛНОТЕ |
| Э. С. Аветисов | 22 | ТЕМ, У КОГО БЛИЗОРУКОСТЬ |
| Г. А. Стуков | 24 | И ЗИМОЙ ПРЕКРАСНЫ
ТУРИСТСКИЕ ТРОПЫ! |
| М. М. Громов | 25 | ФОРМУЛА ПОВЕДЕНИЯ |
| Л. Дворецкий | 26 | ИСТОРИЯ ОДНОЙ БОЛЕЗНИ |
| М. Ф. Гриненко, | 27 | САМОМАССАЖ И ЛЕЧЕБНАЯ |
| В. М. Свешников | | ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПНЕВМОНИИ |
| | 30 | «ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ |
| Б. Г. Жилис | 31 | АВТОТРАВМЫ |
| П. Н. Петров | 31 | МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ |
| Р. И. Чанышева, | 32 | ПРОТЕРТЫЕ СУПЫ |
| Е. Н. Боринская | | |

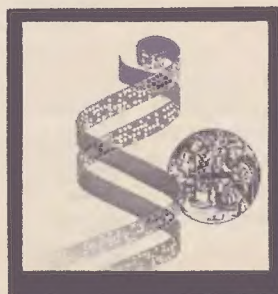
Адрес редакции: 101454, ГСП-4, Москва, А-15,
Бумажный проезд, 14. Тел. 253-32-95; 251-44-34;
253-70-50; 253-34-67; 250-24-56; 251-94-49.

Перепечатка разрешается
со ссылкой на журнал «Здоровье».
Рукописи не возвращаются.

Сдано в набор 19/XI 1975 г. А 00940.
Подписано к печати 1/XII 1975 г. Формат 60×90¹/₈.
Усл. печ. л. 4,59. Уч.-изд. л. 7,58. Тираж 12000000 экз.
(1-й завод: 1—10900000 экз.).
Изд. № 28. Заказ № 1472.

Ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции
типография газеты «Правда» имени В. И. Ленина.
125865. Москва, А-47, ГСП, улица «Правды», 24.

© Издательство «Правда». «Здоровье». 1976.



НА ОБЛОЖКАХ

- I. Рисунок В. Сухомлинова
- II. Фото Вл. Кузьмина
- III. Производственная гимнастика
для продавцов
- IV. Фотография Е. Турова



УЧЕНЫЕ

«Обеспечить в новом пятилетии... развитие научных исследований в области биологии и медицины, направленных в первую очередь на предупреждение и лечение сердечно-сосудистых, онкологических и вирусных заболеваний, создание новых физиологически активных препаратов..., разработку проблем генетики наследственных заболеваний».

(Из Директив XXIV съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1971—1975 годы).

КОММУНИСТИЧЕСКАЯ партия, Советское государство, уделяя большое внимание развитию науки в нашей стране, ждут от ученых глубоких исследований, активного вклада в научно-технический прогресс, вдумчивого анализа актуальных проблем, внедрения в широкую практику результатов научных поисков.

Ставя перед учеными большие задачи, партия, государство вкладывают огромные средства в укрепление материально-технической базы науки, в том числе и медицины.

Характерная особенность исследований последних лет в том, что они базируются на современных достижениях физики, биохимии, молекулярной биологии, широко используют математические методы, приборы высокой точности и разрешающей способности. В наши дни в разработке проблем медицины не только в условиях лабораторного эксперимента, но и непосредственно в клинике принимают участие физиологи и патофизиологи, биохимики и иммунологи, генетики и представители других естественных наук.

Сейчас уже нет сомнений в том, что решение важных задач медицинской науки и здравоохранения возможно только на основе правильного сочетания фундаментальных работ с исследованиями прикладного, практического значения. В девятой пятилетке этот принцип научных исследований был ведущим, и именно ему советская медицинская наука в немалой степени обязана своими успехами, тем, что многие ее отрасли вышли на передовые позиции в мировой науке.

Специалистами многих стран мира по достоинству оценены достижения советских ученых, работающих в области сердечно-сосудистых заболеваний.

За последние годы ученые получили новые данные, которые дали возможность отечественному здравоохранению добиться положительных результатов в борьбе с такими недугами, как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз.

Установлены, в частности, принципиально новые данные о возникновении патологических состояний в сердечной мышце. Обнаружен ранее неизвестный механизм саморегуляции сократи-

тельной функции сердца, нарушение которого играет существенную роль в развитии сердечной недостаточности.

Детальное изучение механизмов циркуляции крови показало, что сдвиги в нервной регуляции жизненно важных органов имеют следствием глубокие изменения в стенках кровеносных микрососудов. Выявлено также, что длительные раздражения эмоциогенных зон в центральной нервной системе приводят к развитию стойкой гипертонии. Эти данные позволили специалистам разработать новые методы лечения больных артериальной гипертонией. С их помощью удается в ряде случаев стойко снизить артериальное давление даже у страдающих так называемой злокачественной гипертонией.

Обнадеживающие результаты принесли созданные за последние годы методы диагностики и лечения инфаркта миокарда и его осложнений. Своевременное применение этих методов позволяет снизить летальность при инфаркте миокарда почти в 2 раза.

В борьбу с сердечно-сосудистой патологией внесли значительный вклад хирурги. Внедрены в клиническую практику методы протезирования искусственными клапанами сердца отечественного производства, лечения врожденных и приобретенных пороков сердца. Успешно разрабатываются реконструктивные операции на сонных и позвоночных артериях, при нарушении мозгового кровообращения, почечно-сосудистой гипертонии, закупорке чревной артерии и т. д.

Проведены глубокие исследования в области внутрисердечной гемодинамики, изучаются особенности влияния на организм гипербарической оксигенации, массивных гемотрансфузий. Недавно обрел права гражданства метод сочетанного применения искусственного кровообращения и гипербарической оксигенации. Благодаря ему значительно повысился лечебный эффект и безопасность операций по поводу сложных врожденных пороков сердца, при реконструктивных хирургических вмешательствах.

Поиски ученых увенчались созданием новых оригинальных методов диагностики, лечения и постоперационной медицинской реабилитации различных категорий хирургических больных. Многие из этих методов уже с успехом используются в практике.

В последние годы существенным образом изменился характер научных исследований и в области онкологии. Активизировались работы, посвященные изучению механизмов превращения нормальных клеток в раковые, выявлению роли факторов внешней среды в развитии злокачественных новообразований. Ученые концентрировали усилия на разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики на основе молекулярно-биологических закономерностей, современных достижений медицины, биологии, химии, физики и других наук.

Характеризуя общие итоги и достижения в изучении проблем онкологии, можно с удовлетворением сказать, что и в этом разделе отечественная медицина занимает передовые позиции в мировой науке.

Советские ученые первыми начали исследования в области иммунологии злокачественных опухолей, их приоритет в становлении этого раздела онкологии неоспорим. Пролетан огромный, трудный путь от доказательства наличия в злокачественных опухолях специфических раковых антигенов до создания оригинальной вирусогенетической теории происхождения рака.

РАПОРТУЮТ

Специалисты, разрабатывающие проблемы клинической онкологии, предложили новые методы диагностики, комбинированного химиотерапевтического и хирургического лечения злокачественных новообразований, модернизировали методы лучевой терапии с помощью мегавольтной аппаратуры и радиоактивных изотопов. Всесторонне изучается сейчас возможность использования с лечебной целью протонов высокой энергии.

Свидетельством важных достижений этой отрасли онкологии является тот факт, что в настоящее время успешно излечиваются такие тяжелые заболевания, как хорионэпителиома матки, саркома, миеломная болезнь, опухоль Вильямса.

Фундаментальные открытия последнего десятилетия в области молекулярной биологии стимулировали исследования, посвященные профилактике и лечению вирусных и других инфекционных заболеваний.

Ученые внедряли в практику новые вакцины, ранние методы диагностики и новые лечебные препараты, разработали эффективную систему профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Основываясь на новейших данных вирусологии и последних технических достижениях, исследователям удалось еще более усовершенствовать крупносерийное производство живых вакцин для профилактики полиомиелита, кори, оспы и других болезней. Эти препараты нашли широкое применение как в СССР, так и за рубежом.

Создан и ряд физиологически активных лекарств, зарекомендовавших себя в лечебной практике. Арсенал врача пополнился новыми антибиотиками и другими высокоэффективными лекарственными средствами.

Успешно развивалась в минувшем пятилетии медицинская генетика. Разработаны и предложены, в частности, новые методы диагностики и лечения некоторых наследственных болезней. Создана специальная сеть медико-генетических консультаций. Пристально изучается роль наследственных факторов в развитии сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных заболеваний, в нарушении обмена веществ.

В системе охраны здоровья народа важнейшая роль принадлежит гигиенической науке, которая определяет основы профилактического направления советского здравоохранения. Весьма результативны исследования, посвященные гигиеническим аспектам охраны окружающей среды.

Итоги комплексных научных работ легли в основу государственного законодательства по охране внешней среды и проведения плановых государственных оздоровительных мероприятий. В законодательном порядке утверждено большое число гигиенических нормативов допустимого содержания вредных химических веществ в воде водоемов и атмосферном воздухе. Сформулированы принципы установления санитарно-защитных зон между промышленными предприятиями и жилыми районами, определены санитарные нормы микроклимата, освещения, инсоляции и акустического режима городов, жилых и общественных зданий.

В связи с освоением новых районов Севера нашей страны, строительством Байкало-Амурской магистрали гигиенисты в последнее время много внимания уделяют комплексному изучению

процессов акклиматизации, выяснению влияния климатических и экологических факторов на здоровье человека.

По-прежнему в центре внимания ученых — проблема гигиены труда и профессиональных заболеваний. На творческом счету специалистов — научно обоснованные мероприятия по оздоровлению труда в горнорудной, машиностроительной и химической промышленности, новые весьма ценные данные о влиянии на человека ионизирующей радиации, шума, вибрации, ультразвука и электромагнитных колебаний, радиочастот в производственных условиях. Выявлены также предельно допустимые уровни электромагнитных излучений СВЧ- и ВЧ-диапазонов. На основе этих данных установлены соответствующие ГОСТы.

О новых успехах в развитии советской медицинской науки свидетельствует присуждение Государственных премий СССР 1975 года. Такую высокую оценку по достоинству получили следующие исследования: цикл работ по изучению нейронной организации мозга человека и животных; экспериментальное доказательство новой функции белков как молекулярных генераторов электрического тока; цикл исследований по микрохирургии глаукомы и ее патогенетическому обоснованию; разработка и внедрение в клиническую практику восстановительных и пластических операций на аорте и ее ветвях; создание, разработка технологии и промышленное изготовление специальных текстильных изделий медицинского назначения; учебник «Общая хирургия».

«Животворный источник технико-экономического и социального прогресса, роста духовной культуры народа и его благосостояния — вот что такое для нас наука сегодня», — сказал Генеральный секретарь ЦК КПСС товарищ Л. И. Брежнев на торжественном заседании, посвященном 250-летию юбилею Академии наук СССР. Отмечая в своей речи огромные достижения советской науки, Л. И. Брежнев вместе с тем указал на необходимость укреплять прямую связь науки с жизнью, значительно повысить эффективность научных исследований. В полной мере эта задача стоит и перед коллективами, решающими актуальные проблемы медицины, охраны здоровья советских людей.

Определяя накануне XXV съезда Коммунистической партии Советского Союза основные задачи и перспективы развития медицинской науки в десятой пятилетке, ученые-медики полны решимости вдохновенным, самоотверженным трудом внести достойный вклад в общее дело строительства коммунизма.



СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ В ДЕВЯТОЙ ПЯТИЛЕТКЕ

УКРАИНСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Ассигнования на развитие здравоохранения в республике увеличиваются год от года: в 1970 году они составили 1 миллиард 687 миллионов рублей, а в 1975 году — около 2 миллиардов.

В республике действуют 685 станций и отделений скорой медицинской помощи, которые ежегодно выполняют до 12,7 миллиона срочных вызовов.

Органы здравоохранения республики разработали и частично осуществили организацию сельских территориальных участков во главе с врачебной амбулаторией, обслуживающей 5—6 тысяч сельских жителей. Сейчас в республике 659 таких амбулаторий. Здесь развернуты клиничко-диагностические лаборатории, физиотерапевтические и зубо-протезные кабинеты.

За годы девятой пятилетки, по предварительным данным, дополнительно развернуто более 62 тысяч больничных коек. Построены крупные многопрофильные больницы на 600—600 и 1000 коек. Среди них — тысячекоечная областная больница в Запорожье, больничные комплексы на 600 коек в Киеве, Днепропетровске, Макеевке. За последние четыре года на селе построены здания для 34 центральных районных больниц, введено в эксплуатацию 65 корпусов на территории уже действующих районных больниц.



За годы пятилетки построены современные учреждения для оказания медицинской помощи женщинам и детям. В 1975 году в Киеве открыта республиканская детская больница — крупный лечебный и научно-исследовательский комплекс.

В поликлиниках при областных, городских и центральных районных больницах организовано 625 кардиоревматологических, 794 эндокринологических, более 600 травматологических, 645 урологических специализированных кабинетов.

Благодаря росту сети больниц еще более сближается уровень оказания стационарной помощи городскому и сельскому населению. Из 100 жителей города и села в больницы госпитализируется в течение года примерно одинаковое число больных. В большинстве поликлиник 475 функционирующих центральных районных больниц, прием ведется по 15—18 врачебным специальностям. Это дает возможность оказывать квалифицированную медицинскую помощь жителям села в пределах района по таким специальностям, как неврология, травматология, урология, офтальмология, оториноларингология, педиатрия и т. д.

Государство выделяет большие средства и создает все необходимые условия для проведения научных исследований и внедрения их в практику здравоохранения. За последние годы построены современные комплексы научно-исследовательских институтов эндокринологии, гастроэнтерологии, общей и неотложной хирургии. В республике функционируют 45 научно-исследовательских институтов медицинского профиля.



БЕЛОРУССКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА



За 4 года введено в строй 36 больниц на 8579 коек, 28 поликлиник на 12680 посещений в смену, 5 санэпидстанций, 6 санаториев, 1 медицинское училище, 4 аптечных склада и ряд других объектов здравоохранения, в частности госпиталь для инвалидов Отечественной войны на 300 коек.

Значительно укрепилась за годы пятилетки материально-техническая база акушерско-гинекологической и педиатрической служб: родильных коек стало больше на 234, детских — на 1916. В крупных городах открыты детские специализированные отделения: ортопедические, глазные, пульмонологические, урологические, хирургические, неврологические, для выхаживания недоношенных и другие.

Число акушеров-гинекологов увеличилось на 309, педиатров — на 477 человек. 99,99 процента родов происходят в условиях стационара.



Распространяется опыт централизации управления и финансирования санитарно-эпидемиологической службы в областях. Сдается в эксплуатацию автоматизированная система управления — АСУ «Санэпидслужба». Созданы школы передового опыта по всем разделам деятельности СЭС. При осуществлении санитарного надзора возрос объем лабораторных исследований.

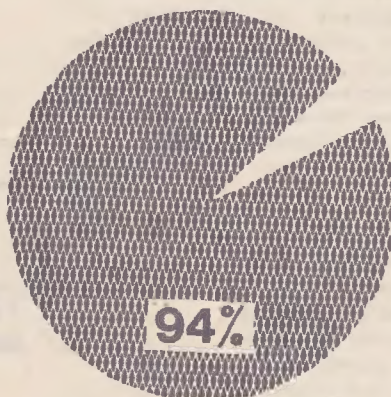
На базе городских и районных больниц организовано 77 межрайонных специализированных отделений на 3042 койки. В Могилеве и Бобруйске открыты специализированные больницы скорой медицинской помощи. В областных центрах и в Минске созданы специализированные бригады скорой медицинской помощи — по борьбе с шоком, терминальными состояниями, травматологическая, родовспомогательная, токсикологическая и другие. В Минске организованы крупные центры поликлинической консультативной помощи населению, а также республиканские стационарные центры: проктологический, хронического гемодиализа и трансплантации почек, больших коллагенозов, хирургии печени.

КАЗАХСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На строительство учреждений здравоохранения в республике в девятой пятилетке по всем источникам финансирования освоено 250 миллионов рублей. Построено больниц на 24400 коек с поликлиниками на 36600 посещений. Введено в эксплуатацию 5 областных, 12 городских, 39 районных, 50 специализированных больниц. Обеспеченность стационарной помощью составляет 123 койки на 10 тысяч населения.

За годы пятилетки в Казахстане открыты 2 кардиохирургических центра, 4 сосудистых, 5 ожоговых, 3 почечных (для гемодиализа), 6 центров по контрастным и внутрисердечным методам исследования, а также пульмонологический, кардиоревматологический, нейрохирургический, аллергологический центры. В стационарах функционируют 46 отделений анестезиологии и реанимации.

К концу девятой пятилетки специализированные койки составили почти 94 процента всего коечного фонда республики.



В Казахстане организован ряд новых структурных подразделений: филиал Института питания АМН СССР в Алматы, лаборатория цереброваскулярной патологии при НИИ краевой патологии Минздрава республики с клинической базой, лаборатория микотоксикозов при филиале Института питания АМН СССР в Алматы, лаборатория автоматизированного управления здравоохранением, межинститутская электромикроскопическая лаборатория при республиканском НИИ клинической и экспериментальной хирургии.

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Расходы государства на здравоохранение и физическую культуру за 4 года девятой пятилетки превысили 600 миллионов рублей. При пересчете на душу населения в 1974 году это составляет около 30 рублей. Следует вспомнить: до революции на те же цели ассигновалось по 10 копеек на душу населения.

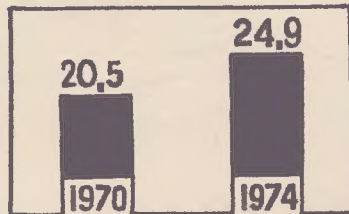
За 4 года введено в эксплуатацию 4900 коек в стационарах. В 748 больницах функционируют 53 680 коек и 438 акушерских коек в 199 колхозных родильных домах. На каждые 10 тысяч человек в республике приходится 95,7 койки. В городах, поселках и сельских населенных пунктах действуют 1 048 амбулаторий, поликлиник, специализированных диспансеров, 298 фельдшерских здравпунктов и 1 809 фельдшерско-акушерских пунктов.



Открыты республиканские центры: кардиологический (инфарктный), гастроэнтерологический, проктологический, ожоговый, гематологической хирургии и гемофилии, торакальной хирургии, сосудистой хирургии, нефрологический, нейрохирургический и другие. В республиканской клинической урологической больнице осуществляется гемодиализ и пересадка почек. В Баку, Сумгаите и Кировабаде организованы больницы скорой помощи.

МОЛДАВСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Ассигнования на развитие здравоохранения увеличились в девятой пятилетке на 30 миллионов рублей и составили в 1975 году 142 200 тысяч рублей.



Обеспеченность врачами на 10 тысяч человек возросла с 20,5 в 1970 году до 24,9 в 1974 году. К началу 1975 года в системе Министерства здравоохранения Молдавии работало 8 805 врачей, 27 252 средних медицинских работников, 860 провизоров с высшим образованием.

Сейчас в больницах республики взрослому населению оказывают медицинскую помощь по 29 специальностям.

Обеспечение педиатрическими койками составляет 23,7 на 10 тысяч человек. Число педиатров возросло в республике в 1,3 раза. Амбулаторная помощь детям оказывается по 15 специальностям.

Во всех 44 городских и районных санитарно-эпидемиологических станциях в необходимом объеме проводятся лабораторные исследования по гигиене питания и коммунальной гигиене, в 34 — исследования по определению ядохимикатов в объектах внешней среды, в том числе в пищевых продуктах, а также исследования по гигиене труда.



ЛАТВИЙСКАЯ СОВЕТСКАЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКАЯ РЕСПУБЛИКА

В республиканском центре онкологии организован централизованный учет на ЭВМ всех заболевших злокачественными новообразованиями. Для улучшения контроля за проведением профилактических осмотров сельского населения используются перфокарты. При женских консультациях функционируют кабинеты профилактики опухолей. Внедрена в практику автоматизированная система цитологических профилактических обследований женщин с помощью комплекса аппаратуры «Таси».

44 500 человек — свыше 80 процентов работников здравоохранения Латвии участвуют в движении за коммунистическое отношение к труду. Почетное звание «Ударник коммунистического труда» присвоено 23 тысячам 300 медицинским работникам.

В Латвии создана новая организационная форма — учебно-научно-производственное объединение или специализированный центр, представляющий собою единый структурный комплекс: кафедра медицинского института — научное подразделение (отдел, лаборатория) — специализированное отделение больницы. Уже действуют 30 таких центров, ставших базами передового опыта.

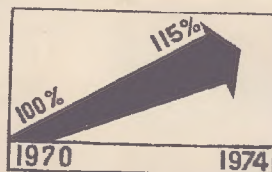


Создана первая очередь республиканской автоматизированной системы «Здравоохранение» на базе вычислительного центра, оснащенного современной ЭВМ. Эта автоматизированная система управления открыла новые возможности для совершенствования планирования медицинской и лекарственной помощи населению и диспансеризации больных.

В учебных и научно-исследовательских институтах республики работают 1604 научных и педагогических работника—на 34,2 процента больше, чем в 1970 году. Среди них 151 доктор наук и 794 кандидата наук.

Количество коек для детей увеличилось за четыре года пятилетки на 931, а коек для беременных и рожениц—на 354. За эти же годы численность педиатров возросла на 156, акушеров-гинекологов на 118 человек.

В 1974 году периодическими профилактическими осмотрами охвачено на 294 900 человек больше, чем в последнем году восьмой пятилетки (рост на 15 процентов).



Гигиенисты республики дали гидрологическую и гигиеническую характеристику основным водным магистралям республики—рекам Днестр и Прут. С гигиенической и бальнеологической стороны оценены ресурсы минеральных вод и разработаны рекомендации по курортному строительству.

Вновь открыто 43 аптеки. 46 аптек переведено в благоустроенные помещения; улучшилось их оборудование и оснащение.

Разукрупнение территориальных терапевтических участков, увеличение их количества с 287 в 1970 году до 364 в 1974 году дало возможность уменьшить нагрузку участкового терапевта.



В республике разработана и успешно завершена пятилетняя программа внедрения научной организации труда (НОТ) в лечебных учреждениях.



С большим успехом в республиканском центре сердечно-сосудистой хирургии применяются методы катетеризации сердца у новорожденных, функциональные и рентгеноконтрастные исследования коронарных артерий, лечебная длительная внутриартериальная инфузия медикаментов.

За годы девятой пятилетки латвийские медики получили 131 авторское свидетельство на изобретения. В практику здравоохранения внедрено более 1800 изобретений и рационализаторских предложений.



ЦРБ. ЧТО ДАЛА ОНА ТРУЖЕНИКАМ ПОЛЕЙ

Ал. ЛЕБЕДЕВ

В НЕСКОЛЬКИХ километрах от Мелитополя, за новым микрорайоном «Красная горка», встала шеренга корпусов новой центральной районной больницы: воздушные и лаконичные по архитектурному решению, они хорошо вписались в сельский пейзаж.

В первую очередь нового больничного комплекса вошли трехэтажный лечебный корпус с балконами и солярием, котельная, пищеблок с холодильными установками, подземными переходами и лифтами, хозяйственный корпус и инфекционный с системой боксов.

— Нашу больницу,—не без гордости говорит главный врач Леонид Павлович Коваленко,—построили колхозы района на свои средства, затратив почти миллион рублей...

ЦРБ. Было время, и не так давно, когда такого названия не слышали хлеборобы Мелитопольщины. А теперь, если на любой автобусной остановке поинтересуетесь, как добраться до больницы, вам неизменно ответят: «До ЦРБ? На восемнадцатом маршруте до конца...» Это короткое название прочно вошло в лексикон сельских жителей, наполнилось особым содержанием.

Сам факт, что колхозы построили на свои средства центральную районную больницу, говорит о переменах, которые происходят на селе. А они, эти перемены, удивительны. В мелитопольских колхозах выросли новые, современные



Центральная районная больница Мелитопольского района Запорожской области.

животноводческие комплексы и птицефермы, построены ремонтные мастерские и станции технического обслуживания автомашин, комбикормовый завод, фруктохранилища с холодильными установками, новые жилые дома, детские ясли... И все это появилось за годы девятой пятилетки, и все это верный признак того, что жизнь в колхозах идет в гору.

Слово — начальнику районной плановой комиссии Н. Н. Сажневу, человеку, в руках которого, как говорится, и цифры и факты.

— От пятилетки к пятилетке, — отмечает Николай Николаевич, — наши колхозы (в районе их 18) становятся экономически мощнее. Это прежде всего плоды осуществления аграрной политики партии по укреплению материально-технической базы сельского хозяйства, его специализации и индустриальной интеграции. Только за четыре года пятилетки объем капитальных вложений в сельское хозяйство района составил почти 42 миллиона рублей — на 21 процент больше, чем за всю восьмью пятилетку. А земля наша щедрая. И чем больше ты ей даешь, тем больше она возвращает. В 1970 году средняя урожайность полей была немногим выше 21 центнера зерна с гектара, а в последние два года колхозы получают до 35 центнеров зерновых с гектара. И даже суше в нынешнем году не смог помешать земледельцам перевыполнить план продажи зерна государству.

Среднегодовое производство продуктов сельского хозяйства выросло против предыдущего пятилетия на 19,2 процента, доходы колхозов увеличились в 1,3 раза. Это и есть основа роста благосостояния сельского населения, важнейшее условие ликвидации различий между городом и деревней.

— Судите сами, — заканчивает свой рассказ Н. Н. Сажнев, — за четыре года колхозы нашего района построили 36 тысяч квадратных метров жилья. Это красивые и уютные, благоустроенные дома. Соорудили пять школ, несколько клубов и детских садов, две больницы. В связи с резким ростом доходов заметно повысился уровень жизни и культуры сельских тружеников, возросли их запросы и потребности. Люди стали лучше питаться, одеваться, благоустраивают жилища. Ныне современная мебель, телевизор, холодильник, стиральная машина, мотоцикл есть почти в каждой

колхозной семье, а многие обзавелись и легковыми автомобилями...

Да, важнейшая задача сближения уровня жизни сельского и городского населения успешно решается. Этот процесс находит отражение и в развитии здравоохранения на селе. Яркий пример тому — ЦРБ за «Красной горкой».

Но тут сделаем небольшое отступление и вернемся к концу шестидесятых годов, когда стало особенно явно ощущаться несоответствие между экономическими и социально-культурными преобразованиями на селе и состоянием медицинской службы района.

Районная больница в селе Терпение была маломощной, не хватало специалистов. Многие сельские жители вынуждены были обращаться за медицинской помощью в городские больницы, в областной центр. Все понимали, что дальше так продолжаться не может. Без многопрофильной больницы району не обойтись.

— Построить общими силами хорошую больницу — в этом есть резон, — высказал тогда общее мнение председатель крупного колхоза «Украина» П. П. Степаненко. Его поддержали руководители колхозов «Таврия» и имени Кирова Н. К. Годованец и Г. М. Зубенко. Вскоре вопрос вынесли на обсуждение межколхозного совета, и там было решено на кооперативных началах построить новую районную больницу. Инициативу поддержали райком партии и райисполком. Для новостройки выделили земельный участок.

Так проблема создания ЦРБ перешагнула границы, так сказать, чисто здравоохраненческих забот и переросла в дело всенародное. Неизменное внимание и помощь стройке оказывала первый секретарь райкома партии Ольга Ивановна Передерий.

В 1972 году новая ЦРБ на 190 коек вошла в строй. Когда заместитель главного врача Гарри Васильевич Плахотин знакомил меня с лечебным корпусом, в котором разместились семь отделений со светлыми, уютными палатами и кабинетами, невольно подумалось: да, эта больница по оснащению и комфорту не уступит любой городской. И все же это не единственный «измеритель» значения ЦРБ.

— В прошлом году, — отмечает Гарри Васильевич, — в стационаре квалифицированную помощь получили 5640 человек, а в поликлиническом отделении — около 70 тысяч! Помощь по 15

врачебным специальностям, в том числе по кардиоревматологии, гастроэнтерологии, урологии, ортопедии, эндокринологии, онкологии, психиатрии.

В ЦРБ удалось сосредоточить более 30 врачей — специалистов высокой квалификации. Они успешно осваивают новые методы клинической и лабораторной диагностики. В их распоряжении прекрасно оснащенные кабинеты функциональной диагностики, клиническая, биохимическая и серологическая лаборатории. В терапевтическом отделении мы видели специально оборудованную палату усиленного наблюдения с фоноэлектрокардиографом, дефибриллятором, аппаратом искусственного дыхания (в больнице — центральная подача кислорода во все отделения) и системой переливания крови.

О размахе специализированной помощи лучше всего, пожалуй, можно судить на примере хирургической и акушерской служб. В ЦРБ пошли на смелый эксперимент, централизовав всю хирургическую помощь и родовспоможение, учитывая, что в районе хорошие асфальтированные шоссе и четко действует телефонная связь.

Потребовалась лишь небольшая реконструкция, чтобы расширить хирургическое отделение до 60 коек и родильное до 40. Выделили палаты для урологических и травматологических больных, установили круглосуточный пост в операционной, создали палату патологии беременности, а в бывшей районной больнице развернули отделение консервативной гинекологии. И эксперимент увенчался успехом!

Вот уже в течение двух лет все полостные операции делают только в ЦРБ. Знакомимся с заведующим хирургическим отделением, Евгением Дмитриевичем Танасовым, хирургом и урологом высшей квалификации (специализировался в Москве, в Институте хирургии имени А. В. Вишневского АМН СССР), считающим, что настоящий хирург должен учиться каждый день в течение всей творческой жизни. Вместе с ним в отделении трудятся два хирурга первой категории и врач-анестезиолог. Здесь производят сложные полостные операции — на желудке, тонкой и толстой кишке, печени и желчных путях, на легких, сосудах и многие другие.

— Чего мы добились, каковы результаты? — переспрашивает Евгений Дмитриевич. — Прежде всего значительно расширился диапазон хирургических вмешательств. Если в 1970 году в бывшей районной больнице было сделано всего 430 операций, из них плановых 192, то в ЦРБ в прошлом году — 1112 полостных операций, в том числе 543 плановых и 569 экстренных. И это легко объяснить: активному выявлению патологии способствуют массовые профилактические осмотры, тщательное обследование больных до госпитализации. Улучшилась и экстренная хирургическая помощь, которую мы оказываем почти по 60 видам заболеваний. Сократились сроки оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости

*У постели больного
в палате интенсивной терапии.*

*Кабинет функциональной
диагностики.*

В операционной.

Фото Вл. КУЗЬМИНА



сти, аппендиците, холецистите, ущем-
ленных грыжах, внематочной беремен-
ности.

Теперь давайте посмотрим, что при-
несла централизация родовспоможению.
Заведующий родильным отделением Г. В. Плахотин (он акушер-гинеколог первой категории) приводит интересные данные. В прошлом году в ЦРБ было принято 648 родов. Это значит, что в районе 99,6 процента рожениц была оказана квалифицированная стационарная помощь. Полностью оправдало себя создание палаты патологии беременности. Каждую женщину при малейших признаках патологии (токсикоз, заболевание сердечно-сосудистой системы, неправильное положение плода) госпитализировали за две недели до родов, проводили курс лечения. Это помогло максимально снизить процент кровотечений и травм при родах. В течение года в отделении успешно сделано около ста разнообразных акушерских операций.

Но, кроме лечебной, есть и другая, не менее важная сторона деятельности ЦРБ — профилактическая. В годовом отчете привлекают внимание весьма броские цифры: 40 тысяч профилактических посещений в поликлиническое отделение. Более 10 тысяч механизаторов, доярок и людей, чья работа связана с ядохимикатами, прошли комплексный профилактический осмотр.

Повседневная работа с практически здоровыми людьми, постоянная забота о здоровье здоровых — пожалуй, одна из самых замечательных черт, присущих коллективу мелитопольских медиков. Все доброе, интересное, что начинается в ЦРБ, расходится широкими кругами по району.

В историю мелитопольской ЦРБ вписаны лишь первые страницы. Больница будет расширяться. И это позволит еще выше поднять уровень медицинской специализированной помощи труженикам села.

*Мелитопольский район,
Запорожская область.*





ВЫСОТА

На больших высотах, когда уменьшается содержание кислорода во вдыхаемом воздухе, активизируются приспособительные реакции организма: костный мозг интенсивно продуцирует эритроциты; учащается дыхание—легкие пропускают через себя больше воздуха; увеличивается минутный объем сердца—возрастает скорость кровотока, и, следовательно, больше кислорода поступает к органам и тканям.

ХОЛОД

Когда окружающая температура падает, усиливается напряжение скелетных мышц, возникает дрожь—некоординированные сокращения отдельных групп мышечных волокон. Вследствие интенсивной работы мышц их теплопродукция увеличивается приблизительно в 2 раза. Ускоряются и процессы обмена веществ, сопровождающиеся выработкой тепла; особенно активно эти процессы идут в печени.

ТЕМНОТА

В темноте включаются аппараты ночного, бесцветного зрения—начинают усиленно функционировать около 130 миллионов палочек, расположенных по периферии сетчатки глаза.

Художник А. ГУРЕВИЧ схематически изобразил органы, которые принимают непосредственное участие в приспособлении организма к изменившимся условиям внешней среды.

МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ

Г. В. РЫЖИКОВ,
доктор медицинских наук

ОРГАНИЗМ человека и окружающую среду можно сравнить с сообщающимися сосудами, правда, с определенной поправкой: зависимость здесь односторонняя. В окружающем нас мире ничто не изменится, если у человека повысилось артериальное давление, а вот на перепады атмосферного давления организм отреагирует сразу: работа большинства систем и органов перестроится с ориентацией на внешние условия.

Такую способность организма перестраивать свои физиологические функции в соответствии с изменениями внешней среды обеспечивает сложнейший комплекс механизмов адаптации (от латинского *adapto* — приспособляю). Адаптация включает в себя компенсаторные и иммунные (защитные) процессы. С помощью механизмов компенсации выравниваются, возвращаются в норму нарушенные функции органов, а иммунные процессы призваны защищать организм от воздействия вредоносных, чужеродных агентов: вирусов, бактерий и т. д.

Основная же задача комплекса в целом — не допустить конфликта между организмом и окружающей средой, помочь организму приспособиться к внешним условиям, сохранить постоянство внутренней среды — гомеостаз.

Способностью адаптироваться обладает каждая клетка нашего тела, отдельные органы, системы и, наконец, весь организм как целое. Масштабы адаптации зависят от того, к каким условиям надо приспособиться в данный момент. Когда, например, человек переходит из светлой комнаты в темную, происходит так называемая темновая адаптация глаза. Включаются в работу около 130 миллионов палочек, расположенных по периферии сетчатки: начинает функционировать аппарат ночного, сумеречного, бесцветного зрения. Палочки обладают исключительно высокой светочувствительностью, и как только они активизируются, человек начинает различать отдельные предметы. В данном случае изменения внешних условий (темнота) сказались на режиме работы только одного органа — органа зрения.

Другое дело, если человек совершает восхождение в горы. По мере того, как нарастает высота, снижается содержание кислорода во вдыхаемом воздухе. На высоте 3600—4000 метров парциальное давление кислорода значительно понижено, и организму грозит кислородное голодание. А это, как известно, чревато катастрофой: нехватка кислорода остановит процессы биологического окисления, тем самым парализуя жизнь каждой клетки организма.

Но механизмы адаптации всегда готовы. Активизируются процессы эритропоэза — образования красных кровяных клеток — эритроцитов; в результате в крови возрастает количество гемоглобина. Этот дыхательный пигмент крови обладает способностью связывать кислород воздуха, и, следовательно, при увеличении содержания гемоглобина значительно повышается содержание кислорода в крови. Кроме того, учащается дыхание — легкие прогоняют через себя больше воздуха; увеличивается минутный объем сердца, то есть за одну минуту оно пропускает больше крови. Возрастает скорость кровотока, и приток кислорода к органам и тканям увеличивается. Такие контрмеры помогают организму выстоять в неблагоприятных условиях.

Каким же образом в каждом конкретном случае обеспечивается, если можно так сказать, оптимальный вариант существования?

Все начинается с информации. А она должна быть прежде всего точной и объективной. За информацию ответственны специальные чувствительные образования — рецепторы. О состоянии внутренних органов сигнализируют находящиеся в них интерорецепторы. Информацию об изменениях внешней среды посылают в мозг экстерорецепторы, расположенные в кожных покровах.

Эти своеобразные биологические датчики обладают поистине фантастической чувствительностью. Ежесекундно принимая сигналы о малейших изменениях в окружающей среде, они преобразуют их в нервные импульсы и передают на главный пульт управления — в головной мозг. В зависимости от содержания информация обрабатывается в

соответствующем отделе больших полушарий. Например, все сигналы об изменениях температуры поступают в гипоталамическую область головного мозга (так называемый серый бугор), где находится центр терморегуляции. Этот центр, в свою очередь, передает соответствующие импульсы моторным, дыхательным и другим центрам, участвующим в терморегуляции. Совместно проанализировав полученные сведения и оценив ситуацию, центры дают команду сердцу, кровеносным сосудам, легким, мышцам, железам внутренней секреции и другим исполнительным органам.

Такова упрощенная схема физиологических механизмов адаптации. И относительно простые реакции адаптации и чрезвычайно сложные протекают по этой схеме. Различие состоит лишь в интенсивности реакций, их масштабах. Если глаз, скажем, адаптируется к темноте за 1—2 минуты, то акклиматизация (процесс приспособления организма к новым климатико-географическим условиям) занимает от нескольких дней до многих недель, в течение которых происходит постоянная перестройка, самокоррекция функций всех органов и систем организма, прежде чем они перейдут на новый «график работы».

Как видим, диапазон действия механизмов адаптации достаточно широк. Но у каждого человека он варьирует в определенных пределах. Именно поэтому одни люди хорошо приспосабливаются к новым, непривычным условиям, вплоть до невесомости, другие даже при небольших изменениях распорядка дня выходят из колеи.

От чего же зависят резервы адаптации организма?

Во многом они определяются генетическими особенностями организма. Но резервы адаптации не есть что-то застывшее, раз и навсегда запрограммированное при рождении человека. В значительной мере обуславливают их особенности труда и быта.

На протяжении жизни у человека формируется определенный динамический стереотип. Один и тот же регулярно повторяющийся раздражитель вызывает ответную реакцию, которая в ко-

нечном итоге автоматизируется. Комплекс таких закреплённых привычных реакций и есть динамический стереотип. Как зеркало, он отражает адаптационные возможности организма. Например, у работников умственного труда, ведущих малоподвижный образ жизни, все системы организма приспособлены к относительно физическому бездействию, их механизмы адаптации недостаточно гибки. Вот почему даже незначительные физические нагрузки у них вызывают быстрое утомление. С трудом идет у таких нетренированных людей приспособление к изменяющимся воздействиям внешней среды.

Необходимая «смазка» для механизмов адаптации—закаливание. Систематическое дозированное охлаждение способствует привыканию организма к холоду. Судите сами. Человек начал принимать прохладный душ. В первые дни температура тела у него понижается намного больше, чем спустя полтора-два месяца. Это свидетельствует о том, что человек адаптировался к температурным воздействиям, и теперь даже при значительном понижении температуры внешней среды температура его тела не изменяется.

Повышают резервы адаптации и физические упражнения. Многочисленные исследования показали, что скорость реакции адаптации зависит от физической тренированности организма. Когда здоровый, но нетренированный человек приезжает из Сибири в Сочи или Гагру, акклиматизация занимает, как правило, 7—10 дней. Причем переносятся новые климатические условия в первые три дня довольно трудно: может появиться головокружение, слабость, иногда боль в суставах. У человека тренированного период акклиматизации обычно проходит без подобных явлений и сокращается до 4—5 дней.

Это объясняется тем, что регулярные тренировки, положительно сказываясь на функциях сердца, сосудов, легких, мышц, создают одновременно благоприятные условия для механизмов адаптации—по первому требованию любой орган или система могут начать работать на полную мощность.

Итак, физиологические резервы адаптации находятся в прямой зависимости от динамического стереотипа, а также от закаленности и физической тренированности организма. Значит, их можно повысить закаливанием, рациональной организацией труда и отдыха.

ОРГАНИЗАТОР счастья—эти слова сказаны о советском враче, и на редкость метко. Ибо высшее предназначение врача—нести людям здоровье, а понастоящему счастливым может быть только здоровый человек.

Я вспомнил эти слова, когда знакомился с вехами жизненного пути главного врача больницы № 1 Министрства здравоохранения РСФСР Михаила Васильевича Иванюкова, за плечами которого ни много ни мало 80 лет. Эту дату недавно отметила медицинская общественность Москвы. Более полувека жизни отдал М. В. Иванюков охране здоровья первых в мире строителей социалистического общества.

Биография Михаила Васильевича типична для людей, чья молодость совпала с бурными годами революции. Родился в 1895 году в семье бедного крестьянина в местечке Самашки, что под городом Грозным. С ранних лет познал нужду и горе, изнурительный труд в поле. Родительских средств едва хватало, чтобы дать сыну двухклассное образование.

Так случилось, что Миша Иванюков стал своим человеком в семье местного фельдшера и видел, как он нужен односельчанам, как благодарны ему за помощь. Тогда и созрело решение: посвятить себя медицине и помогать людям, облегчать их страдания.

Участь в Тифлисской военно-фельдшерской школе, Михаил Васильевич близко сдружился с Николаем Гикало, впоследствии известным революционером. Эта дружба оказала огромное влияние на формирование мировоззрения Михаила Васильевича.

Успешно окончив фельдшерскую школу в беспокойном 1914 году, Михаил Васильевич сразу же попал на фронт и прослужил в действующей армии до революционных битв 1917 года. Затем активная борьба за новую власть—участие в бо-

ях против белых в городе Грозном, работа в военном красноармейском госпитале. А когда окончилась гражданская война, М. В. Иванюков поступил на медицинский факультет 2-го Московского государственного университета. Полуголые и холодные, неповторимые студенческие будни... Работа грузчиком, официантом, разнорабочим в свободное от напряженных занятий время—так приходилось студентам добывать себе средства на пропитание.

Первыми учителями Михаила Васильевича были основоположники советского здравоохранения Н. А. Семашко и З. П. Соловьев, выдающиеся хирурги—Н. Н. Теребинский, С. И. Спасокукоцкий. Они и привили будущему врачу любовь к двум специальностям—хирургии и организации здравоохранения, любовь, которую М. В. Иванюков пронес через всю свою жизнь.

Вернувшись в родные места с дипломом врача, он встал за операционный стол, потом возглавил городскую больницу, а с 1926 года—одновременно отдел здравоохранения и депутатскую комиссию по здравоохранению города Грозного. С этого времени он надолго взял на себя тяжесть административных забот. Михаил Васильевич занимал впоследствии ответственные посты в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте, Мосгорздравотделе, Минздраве РСФСР и ряде других учреждений здравоохранения Москвы.



И везде, куда бы ни направляла его партия, он оставлял после себя добрую славу, в первую очередь славу хорошего врача. Михаил Васильевич любит повторять, что врач должен оставаться врачом круглые сутки, все 24 часа. Эту мысль, как эстафету добра, он передает своим соратникам и ученикам.

За сорок лет работы хирургом Михаил Васильевич сделал более 6 тысяч операций. Сколько спасено жизни! Добавьте к этому десятки тысяч раненых, излеченных в госпиталях, в создание которых Иванюков вложил всю свою энергию, и вы представите себе величие его трудового подвига...

Строительство — страсть и одна из самых больших забот Михаила Васильевича. В одной только Москве под его руководством построено в общей сложности целый больничный городок почти на 2500 коек, не считая больниц и поликлиник, созданных в то время, когда он работал в Министерстве здравоохранения РСФСР.

...Мое знакомство с больницей № 1, которую М. В. Иванюков возглавляет с 1959 года, началось с экскурсии по новостройкам. Михаил Васильевич увлеченно рассказывал о будущих кабинетах функциональной диагностики, бассейне для лечебного плавания, водолечебнице. Характерная деталь: почти всех строителей, с которыми мы встречались, он знает по имени и отчеству. Значит, часто видится. Живет интересами стройки.

**Герой
Социалистического
Труда**

В этой больнице вся окружающая обстановка способствует выздоровлению. Стены палат, коридоров и холлов окрашены в приятные тона. На них — картины с радующими глаз пейзажами. Повсюду живые цветы и даже зимние сады в холлах. Идеальная чистота. Строгий распорядок дня больницы не позволяет нарушать никому. А чтобы пациенты не ссылались на свою «забывчивость», им вручается специальная памятка.

За последнее время библиотечный фонд больницы вырос почти в двадцать раз: в распоряжении больных и врачей — более 30 тысяч книг и журналов. Умело подобранная книга — союзник

врача в лечении (кстати, некоторые книги библиотекарь выдает только с разрешения лечащего врача).

Широко используются в больнице меры, повышающие защитные силы организма: физиотерапевтические процедуры, закаливание, пешеходные прогулки по парку, лечебная физкультура, массаж. Михаил Васильевич убежден, что только умелое сочетание специфического лечения со средствами, приводящими в действие резервы организма, принесет желаемый результат. Он приверженец и такой классической триады избавления от недугов — веселое расположение духа, отдых, умеренность в еде.

Всех поступивших в больницу обязательно осматривают специалист по кожным болезням, стоматолог, отоларинголог, хирург, рентгенолог, а женщин — и гинеколог. Цель этого новшества одна — как можно раньше выявить сопутствующие заболевания. Примерно у половины пациентов обнаруживаются заболевания, о которых они и не подозревали. Вот какую огромную профилактическую роль может играть больница! Это и есть профилактический принцип советской медицины в действии. Не случайно несколько лет подряд больница удерживает звание коллектива коммунистического труда.

В небольшом дружном коллективе два человека работают над докторскими диссертациями и три — над кандидатскими, около двадцати человек уже имеют ученые степени, а одиннадцать присвоено высокое звание заслуженного врача РСФСР. В среднем в год в научных журналах публикуется около 50 статей сотрудников больницы.

...Расставаясь, Михаил Васильевич просил меня ничего не приукрашивать. Я выполнил его просьбу. Просьбу члена Коммунистической партии с 1927 года, заслуженного врача РСФСР, кавалера двух орденов Ленина, орденов Октябрьской Революции, Трудового Красного Знамени, «Знак Почета» и девяти медалей, а теперь и Героя Социалистического Труда. Его награды — это награды за служение людям, за жизнь, исполненную неустанным трудом.

В. НИКОЛАЕВ



М. В. Иванюков

И. К. ШХВАЦБАЯ,
член-корреспондент АМН СССР,
директор Института кардиологии
имени профессора А. Л. Мясникова
АМН СССР

НОВОЕ О СТАРЫХ БОЛЕЗНЯХ

НЕИЗГЛАДИМЫЙ след в истории человечества оставили опустошительные эпидемии чумы, холеры, сыпного тифа, туберкулеза, гриппа. Однако в последние годы термин «эпидемия» применяется все чаще для обозначения массовых заболеваний неинфекционной природы.

Поистине самой распространенной и своеобразной из эпидемий XX века стала сердечно-сосудистая патология — артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда и стенокардия), атеросклероз. Не случайно борьба с этими заболеваниями представляет собой проблему номер один здравоохранения всех экономически развитых стран.

Ученые настойчиво ищут причины их возникновения, возможности лечения и, что еще важнее, пути предупреждения. И хотя смертность от сердечно-сосудистых заболеваний велика и вовлекают эти недуги в свою орбиту все больше людей молодых (инфаркт миокарда мы иногда наблюдали даже у 20-летних!), у специалистов есть все основания оптимистично оценивать перспективы борьбы с этими заболеваниями. Постараюсь обосновать истоки подобного оптимизма.

Они прежде всего в том, что с каждым годом растет число практически значимых научных работ, множатся опыт и знания врачей, все мощнее становится техническая оснащенность больниц и клиник, строже обосновывается регламентация посталпных медицинских вмешательств, выявляются новые данные о перечисленных мною старых, как мир, заболеваниях.

В самом деле: если артериальная гипертония до недавнего времени представлялась взору врача как нечто единое по своей природе, то в последние годы нам удалось раскрыть многие из вызывающих ее причин. Они оказались разнородными. Развитие этой болезни в одних случаях связано с патологией почек, и надо сказать, почечные формы встречаются чаще других. Нередко артериальная гипертония становится следствием поражения надпочечников или крупных сосудов, отклонений в функции головного мозга.

Эти формы артериальной гипертонии мы называем органами, подчеркивая тем самым их связь с изменениями в различных органах. И хотя все они сопровождаются одним и тем же главным симптомом — повышением артериального давления, — лечение в каждом случае имеет свои особенности. Именно поэтому так важно определить форму гипертонии, чтобы наметить верную тактику лечения. Вот почему лекарства, как старые, так и новые, назначенные одному больному, могут оказаться бесполезными или даже вредными другому. Высокоэффективно только правильно избранное лечение. В подтверждение приведу такие данные: по сравнению с 1950 годом продолжительность жизни людей, страдающих гипертонической болезнью, увеличилась вдвое. Когда я говорю об этом, то имею в виду, конеч-



но, тех, кто точно выполняет назначенное врачом медикаментозное лечение.

Вместе с тем выяснилось, как это ни парадоксально на первый взгляд, что гипертоническую болезнь в некоторых случаях можно лечить и без лекарств: необходимо бывает только строго соблюдать рациональный режим жизни.

Сложность борьбы с этим заболеванием еще и в другом: всегда ли повышение артериального давления считать болезнью? Как к нему относиться, если оно обнаружено, скажем, у юноши или девушки в период наиболее интенсивного развития организма? Клиницисты не раз были свидетелями, когда с течением времени артериальное давление у молодых людей нормализовалось само по себе. Значит, иногда повышенное артериальное давление—это отклонение временное и не требует активного врачебного вмешательства.

У многих пожилых людей, как показывает накопленный опыт, повышение артериального давления зачастую даже полезное явление. Оно помогает поддерживать на достаточном уровне кровообращение в головном мозгу и других жизненно важных органах при атеросклерозе сосудов.

Законный оптимизм порождает у нас успехи, достигнутые в лечении острой стадии инфаркта миокарда. В нашей стране действует строго продуманная, последовательная и соподчиненная служба спасения человеческой жизни: скорая помощь, возможно более быстрая госпитализация в специализированное отделение больницы, долечивание в территориальном кардиологическом санатории.

В Институте кардиологии имени профессора А. Л. Мясникова АМН СССР создана научно обоснованная система реабилитации после инфаркта миокарда. В краткой форме самую ее суть мы изложили в издаваемых Министерством здравоохранения СССР методических рекомендациях: «Реабилитация (восстановительное лечение) больных инфарктом миокарда». Этой, я бы сказал, карманной энциклопедией, насыщенной конкретной медицинской информацией, пользуются теперь терапевты и кардиологи. В ней четко обоснованы показания к расширению двигательной активности больных, начиная с самых первых этапов лечения.

Такую тактику я бы без преувеличения назвал революционной, результаты ее многозначны. Очень важно, в частности, что она помогает преодолеть возникающий у больных стереотип неподвижности, затрудняющий их физическую и еще в большей степени психологическую реабилитацию. Дозированные движения—лечебная физкультура, ходьба, доступные игры на свежем воздухе—прибавляют силы перенесшему инфаркт миокарда, улучшают регуляцию обмена веществ и функцию нервно-мышечного аппарата, предупреждают развитие так называемой застойной пневмонии, вселяют уверенность в выздоровление. Скажу больше: рекомендации разных схем последовательно на-

растающих физических нагрузок стоят множества самых совершенных лекарств!

Но психологическая реабилитация идет не только на фоне укрепления физических сил. Она имеет свои, специфические особенности. Их мы настойчиво изучаем. Первые исследования по этой проблеме осуществлены в институте в 1966 году. Сейчас сложилось научно обоснованное направление коррекции психических реакций у страдающего инфарктом миокарда. В этой работе нам помогает не только умение убеждать больного и членов его семьи в возможности хорошего исхода, не только вмешательство при необходимости в процесс лечения психолога, не только психотерапия и психофармакология, но главным образом сама жизнь. Она вселяет надежду и ободряет больше, чем слова.

И действительно, разве не замечательно, что через четыре месяца к своему обычному труду возвращаются 70 процентов перенесших инфаркт миокарда, а через год—более 80 процентов. Эти данные лучше всяких лекарств помогают нашим пациентам преодолеть страх перед возможностью инвалидности, прибавляют бодрость и силу!

Правильно решать вопрос об оптимальных для больного нагрузках можно, только располагая максимумом знаний о его состоянии, исходных физических возможностях. Выявить их помогает медицинская техника. Она дает возможность ответить на вопрос, при каких показателях электрокардиограммы, телеэлектрокардиограммы и сопутствующих или заменяющих их физических проб тренировка полезна и возможна.

В последнее время в кардиологические клиники начали поступать мониторы, которые запрограммированы так, чтобы следить за работой сердца, дыханием больного. Это позволяет предупредить внезапную смерть от фибрилляции желудочков или остановки сердца во время острого периода инфаркта миокарда.

Дефибрилляторами, устраняющими и другие нарушения ритма сердца, располагают теперь врачи специализированной «Скорой». В нашей практике были случаи, когда у человека в стационаре 22 раза наступала фибрилляция желудочков сердца, и 22 раза мы его спасали, и после этого он жил еще 10 лет. Это ли не свидетельство успеха в борьбе с болезнью!

Возросли возможности современной диагностической техники, много дают клиницисту исследование сосудов, питающих миокард, изучение работы и анатомических особенностей сердца с помощью эхокардиографии, пробы на переносимость физических нагрузок. Используя мини-мониторы, можно записать суточную электрокардиограмму, выявить дефекты, которые не фиксирует обычная электрокардиограмма.

Это новый важный рубеж в развитии профилактического направления медицины, достигнутый учеными как нашей страны, так и стран Европы, США.

Мы горды тем, что советская система реабилитации больных инфарктом миокарда получила всеобщее признание. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) перевела наши методические рекомендации на английский язык, и теперь они определяют основу тактики врачей во всех странах мира.

Несколько слов о том, что сейчас особенно беспокоит кардиологов,—это рост числа внезапных смертей от острой коронарной недостаточности при ишемической болезни сердца. Катастрофа происходит до госпитализации—дома, на работе, на улице. Большинство больных умирает в первые один—шесть часов после начала сердечного приступа. Сам больной и окружающие, не понимая серьезности положения, не вызывают вовремя врача.

Перед клиницистами встал вопрос: здоровы или больны были те люди, у которых наступила внезапная смерть?

Ответить нам помогли специальные эпидемиологические исследования, проведенные среди группы мужчин 50—59 лет—возраста, наиболее угрожаемого по инфаркту миокарда. И что же оказалось? Каждый пятый страдал той или иной формой ишемической болезни, 40 процентов таких больных были выявлены впервые; никогда они на сердце не жаловались, не ходили к терапевту, не лечились. Некоторые из них даже перенесли на ногах инфаркт миокарда. Также впервые было выявлено и 35 процентов больных гипертонической болезнью. Это очень тревожно: человек болен и об этом не знает. Своевременное обнаружение скрыто протекающих заболеваний—вот одно из важнейших условий снижения числа внезапных смертей.

Характерно, что выявленные в процессе эпидемиологических исследований люди, страдающие ишемической болезнью, не всегда убеждены в необходимости лечения. Многие лечатся от случая к случаю. Станет хуже—идут к врачу, станет лучше—бросают прием медикаментов. А современная клиническая практика свидетельствует: лечение должно быть практически непрерывным, строго индивидуальным, контролируемым врачом. Убедительное подтверждение этому—данные статистики: среди тех, кто лечится постоянно, смертность в 8 раз меньше, чем среди пациентов, которые приходят к врачу лишь тогда, когда чувствуют себя хуже. Вот почему еще одним реальным резервом наступления на сердечно-сосудистые заболевания является правильная ориентация человека на необходимость общения с врачом, на жизненную необходимость разумно и правильно выполнять его советы.

Что же мы, кардиологи, считаем сегодня самым важным в своей работе? Закрепив успехи, достигнутые в области диагностики и лечения страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, сделать еще один решительный шаг к их профилактике. И в этом нам должны помочь вы, наши читатели.

КОГДА

Первый год жизни — это период самого интенсивного роста и развития человека. Но это и период самой высокой уязвимости организма. Статистика неумолима: максимальные цифры детской смертности падают именно на первые двенадцать месяцев жизни ребенка. Многие заболевания, неопасные для детей старше 3—5 лет, у грудного могут закончиться трагически. Мы обращаемся к вам, родители: знайте об этом, не позволяйте себе даже самой малой беспечности! Что можете сделать вы, чтобы ребенок благополучно миновал опасные рифы первого года жизни? Какие изменения в его состоянии должны вас насторожить? Какие дети требуют особого внимания? Обо всем этом вы прочтете в наших статьях под рубрикой «Сигналы тревоги».

НОВОРОЖДЕННЫЙ ребенок — как пришелец с другой планеты. Ведь там, где он сформировался и жил до момента родов, были совсем другие условия существования. Он, точно астронавт в невесомости, плавал в околоплодной жидкости. У него был другой способ питания: все необходимые вещества в уже переработанном и очищенном виде поступали прямо в кровь. Иначе происходило дыхание — легкие расправились только с первым вдохом и криком.

Через материнскую плаценту выделялись и обезвреживались ненужные продукты обмена; теперь эту работу взяли на себя его собственные печень и почки. Не вполне таким, как сейчас, было кровообращение: лишь с появлением на свет вступил в действие малый круг кровообращения, и это создало дополнительную нагрузку сердцу.

В материнском организме его окружало ровное, всегда одинаковое тепло, а сейчас приходится

приспосабливаться к перепадам температуры...

Защитные механизмы у новорожденного еще очень слабы, и любое заболевание развивается у него иначе, чем у детей более старшего возраста. Патологический процесс иногда становится стремительным, молниеносным: незначительные, казалось бы, отклонения от нормы, возникшие, скажем, утром, с каждым часом нарастая, могут к ночи привести ребенка на грань катастрофы.

Еще одна характерная особенность заболеваний новорожденных — несоответствие между внешними признаками неблагополучия и его истинными масштабами. Даже такие тяжелые заболевания, как сепсис или пневмония, могут протекать у них при нормальной температуре. Так что ориентироваться на этот показатель в оценке состояния ребенка не приходится.

Вялость, снижение общей активности, изменение цвета лица (появление сероватой бледности) у новорожденного не так очевидны, как у детей старшего возраста. Но это признаки заболевания, и матери надо учиться быть наблюдательной, чтобы вовремя их заметить.

Когда же зажигаются сигналы тревоги? В каких случаях надо немедленно обращаться за медицинской помощью?

ПЛОХО СГИБАЮТСЯ РУЧКИ И НОЖКИ

У новорожденного мышцы — сгибатели рук и ног обладают более высоким тонусом, чем мышцы — разгибатели, поэтому, не стесненный пеленками, он сразу сгибает ручки и ножки, прижимая их к телу, как бы собирается в комочек. Эта поза, естественная для новорожденного, биологически целесообразна — она помогает лучше сохранить тепло. Поэтому стремление малыша освободиться от пеленок и согнуться не должно вас тревожить.

А вот если его ручки, наоборот, плохо сгибаются в локтевых и запястных суставах, малоподвижны, а ножки выпрямлены и заведены одна за другую, необходимо бить тревогу! Это может

ВЫЗЫВАТЬ ВРАЧА?

СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ



свидетельствовать о возникновении пареза, то есть частичного паралича, большего или меньшего ослабления функций конечностей в связи с нарушением деятельности центральной нервной системы. Такое нарушение бывает врожденным или развивается как следствие родовой травмы либо перенесенной асфиксии — кислородной недостаточности, возникшей в родах.

Вот почему, не откладывая, покажите ребенка врачу. Если меры будут приняты быстро, все может пройти бесследно, не отразившись на физическом и умственном развитии ребенка.

ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПУПЧОНОЙ РАНКИ

Из родильных домов детей обычно выписывают после того, как отпадет пуповинный остаток и начнет затягиваться пупочная ранка. Но полностью заживает она гораздо позже, и в первые недели жизни входные ворота для инфекции остаются приоткрытыми, что требует особой осторожности.

Новорожденный весьма чувствителен к возбудителям различных гнойных инфекций, и в частности к стафилококку.

Стафилококки, стрептококки и другие болезнетворные микробы широко распространены во внешней среде; они обитают на слизистых оболочках людей, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями; их можно обнаружить в пыли тяжелых портьер и ковров, на подошве уличной обуви. А, скажем, нарыв или даже небольшая загноившаяся ссадина на коже взрослого человека — подлинный очаг инфекции!

Вот почему врачи предупреждают вас о том, что люди, страдающие гнойничковыми заболеваниями, не имеют права ни ухаживать за новорожденным, ни прикасаться к его вещам. В комнате новорожденного необходимо поддерживать безупречную чистоту, его пеленки кипятить и проглаживать горячим утюгом с обеих сторон.

В последнее время во всем мире получили распространение весьма активные, устойчивые виды стафилококка. Заболевания, вызванные этим микробом, при-

обретают грозный характер даже у взрослых, а тем более у такого незащищенного существа, как новорожденный ребенок.

Если вы заметили хоть малейшие выделения из пупочной ранки, покраснение кожи вокруг нее или появление точечных гнойничков, немедленно вызывайте врача или идите с ребенком в поликлинику! Это может быть признаком чрезвычайно опасного заболевания — пупочного сепсиса, в борьбе с которым нельзя упустить ни часа.

Кожа у новорожденного очень чувствительна и ранима, ее поверхностный защитный слой тонок. Если оставлять малыша в мокрых пеленках, не подмывать его, надевать ему распашонки с жесткими швами, на коже появятся потертости, опрелости, трещинки, а это тоже облегчает проникновение в организм инфекции.

Кровеносные сосуды у ребенка расположены очень близко под кожей (потому она такая розовая!), и местный небольшой гнойничок, легко превращаясь в флегмону, может положить начало тяжелому заболеванию. С появившейся сыпью, а тем более гнойничком не пытайтесь справиться сами. Это — дело врача, и дело неотложное!

НАСМОРК, КАШЕЛЬ

Такие проявления заболевания привыкли считать не особенно серьезными. И действительно, они могут быть не очень серьезными во многих случаях, кроме одного — когда насморк или кашель появился у грудного ребенка.

Анатомические и физиологические особенности дыхательных путей, свойственные этому возрасту, predisполагают к быстрому распространению воспалительного процесса. Путь от небольшого катара до пневмонии у новорожденного может быть очень коротким, и его состояние начинает ухудшаться буквально с каждым часом.

Не хочется пугать родителей, а все-таки надо сказать, что пневмония в раннем возрасте очень опасна. Если лечение начато поздно, исход может быть трагическим. Поэтому медицин-

ская помощь ребенку должна быть оказана безотлагательно. А это зависит от того, как скоро родители обратятся к врачу.

Конечно, не каждый насморк обязательно заканчивается пневмонией. Но при всех условиях врачебный осмотр и квалифицированный совет необходимы.

ЧАСТЫЙ ЗЕЛЕНый СТУЛ

Пищеварение — одна из наиболее уязвимых функций новорожденного ребенка. Малышу надо расти, его организму требуется много строительного материала. И хотя порции, которые ему положено высасывать на первом месяце, еще невелики (по 50—90 граммов за кормление), в пересчете на килограмм его веса ребенок ест гораздо больше, чем взрослый человек, и его органы пищеварения, только-только «вступившие в эксплуатацию», испытывают значительную нагрузку.

Естественно поэтому, что новорожденных часто беспокоят газы, кишечная колика; иногда устойчивый стул. Зная об этом, родители нередко относят за счет таких естественных явлений и другие, более серьезные расстройства. Когда нарушаются гигиенические правила ухода за новорожденным, он уже с первых дней жизни не застрахован от дизентерии, сальмонеллеза и других кишечных инфекций. О неблагополучии может говорить учащение стула (больше 5—6 раз в сутки), появление обильной зелени и слизи.

Надо ли объяснять, что оставлять ребенка в таком состоянии без лечения — значит непременно рисковать?

СРЫГИВАНИЕ «ФОНТАНОМ»

Многие грудные дети сразу после еды срыгивают небольшое количество слегка свернувшегося молока. Происходит это потому, что во время сосания малыш заглатывает воздух. Жадно и быстро сосущие дети заглатывают его больше, спокойные — меньше. Важно и то, как мать дает грудь, — ребенок должен захватывать не только сосок, но и околососковый кружок.

Пищевод у новорожденных не отделен от желудка плотным мышечным кольцом, которое формируется в более старшем возрасте, и когда малыш освобождается от проглоченного воздуха, то вместе с газами из желудка обратно в пищевод легко попадает и молоко.

Незначительное, не слишком частое (не после каждого кормления) срыгивание можно считать естественным и не тревожиться по этому поводу. Но если ребенок срыгивает часто, в больших количествах, «фонтаном», — это повод для обращения к врачу. Такого рода срыгивание скорее похоже на рвоту, а рвота — первый симптом некоторых аномалий развития и многих серьезных детских заболеваний.

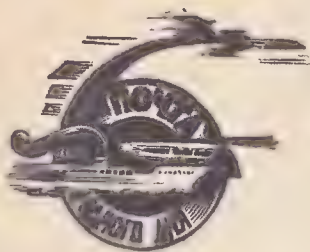
Тревожный сигнал — упорный отказ от груди: здоровый ребенок, которого кормят по режиму, к назначенному времени бывает голоден и сосет охотно.

ЧРЕЗМЕРНЫЙ ПЛАЧ

Вы уже, конечно, привыкли к тому, что ваш малыш время от времени плачет. Ничего не поделаешь, это пока его единственный способ рассказать о себе, отреагировать на возникший дискомфорт. Одни дети плачут больше, другие меньше: каждая мать обычно знает примерную «норму» плача своего ребенка. И если он беспокоен гораздо больше обычного, хотя видимых причин для этого нет, надо призадуматься, не началось ли заболевание.

А как выглядит ваш плачущий малыш? Все дети в этот момент кажутся очень несчастными, все краснеют от напряжения. Но не синюют ли у него губки, не появляется ли синева под носом и на подбородке? Это может свидетельствовать о сердечной недостаточности и, конечно, требует консультации врача.

Первые недели жизни маленького человека — самый ответственный, трудный период. Но у родителей есть верный друг и помощник — участковый педиатр. Если будет необходимость, он всегда призовет на помощь и других специалистов детской поликлиники. Не пропустите тревожных сигналов, не промедлите с обращением к врачу!



СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1.
Доктор
медицинских наук
А. П. ЗАБАЛУЕВА —
семье Тилимоновых,
Киргизская ССР.
2.
Кандидат
медицинских наук
А. И. МАТВЕЕВА —
Л. Борисенко,
Краснодарский край.
3.
Врач
Л. Н. ЯРИНА —
В. И. Никитиной,
Свердловск.
4.
Кандидат
медицинских наук
С. Ф. ИОНКИНА —
читательнице А. В.,
Рязань.
5.
Кандидат
медицинских наук
В. М. МАЙОРОВ —
И. И. Иванову,
Харьковская область.
6.
Юрист
Н. Д. ЗЕМСКОВА —
М. С. Калугиной,
Донецк.
7.
Юрист
Л. И. ЦАРЕВА —
М. Е. Глух,
Первомайск
Николаевской области.
- В.
Юрист
Г. М. СЕВЕСТЬЯНОВ —
П. А. Русенко,
город Фрунзе.

ЦВЕТНОЙ ТЕЛЕВИЗОР

1 «Мы хотим купить цветной телевизор, но многие не советуют, говорят, что от него большая радиация. Так ли это?»



Выпускаемые в нашей стране телевизоры подвергаются строгому дозиметрическому контролю.

Мощность излучения отечественных цветных телевизоров на расстоянии 10 сантиметров от экрана равняется 0,1 миллирентгена в час и значительно уменьшается по мере удаления от него. Подсчитано, что при такой мощности и соблюдении правил просмотра передач облучение, которому подвергается телезритель, не представляет опасности для здоровья.

Расстояние, с которого рекомендуется смотреть передачи и в цветном и в черно-белом изображении, должно равняться семи-или восьмикратной высоте экрана, то есть примерно двум-трем с половиной метрам.

Необходимо, чтобы во время работы телевизора в комнате был включен светильник с лампой мощностью 60 ватт, но свет от него не должен попадать на экран и слепить глаза.

Соблюдать это условие особенно важно, когда передача ведется в цветном изображении: в темноте восприятие цвета на экране существенно затрудняется. Ведь наш глаз способен различать цвета лишь при достаточной высокой освещенности. Кроме того, резкий контраст яркого экрана и окружающей темноты очень утомляет глаза.

Но если даже соблюдены все необходимые условия, просмотр телепередач вызывает утомление, когда продолжается слишком долго. Поэтому не просиживайте у телевизора весь вечер.

ЗУБНЫЕ КОРОНКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ

2 «С какого возраста, в каких случаях и на какой срок можно ставить детям зубные коронки?»

Если требуется, защитные коронки обычно ставят после того, как ребенку исполнится 6—8 лет. Необходимость в них чаще всего возникает, когда в результате травмы повреждается зуб и нужно сохранить его жизнеспособность, предохранить от кариеса.

Нередко защитными коронками покрывают и разрушенные кариесом, запломбированные зубы, а также те, которые стираются из-за неправильного прикуса.

Защитные коронки служат детям обычно не более двух лет. Потом они становятся короткими, и их приходится переделывать или заменять новыми. Постоянные коронки можно надевать только после того, как зубы окончательно сформируются.

Вообще протезы детям (не только коронки, но и защитные пластинки, фиксирующие шины, устройства для стимуляции прорезывания зубов и другие) ставят лишь на определенное время: зубочелюстная система ребенка непрерывно развивается, и, чтобы протезы не препятствовали этому, их необходимо периодически менять.

По той же причине не применяются в протезировании детей мостовидные протезы, соединяющие несколько зубов, — они могут вызвать задержку роста и деформацию челюстей.

ХВОЙНЫЕ ВАННЫ

3 «Кому полезны хвойные ванны? Каким действием они обладают?»



Хвойные ванны, содержащие эфирные масла, благотворно влияют на кожу, верхние дыхательные пути и успокаивающе действуют на нервную систему. Врачи нередко рекомендуют их тем, кто страдает неврозами и другими функциональными заболеваниями нервной системы. Полезны они и при переутомлении.

Однако бывают случаи, когда хвойные ванны способны принести вред. Прямые противопоказания — выраженный атеросклероз, злокачественные новообразования, некоторые заболевания сердца, а также почек и печени, сопровождающиеся нарушением их функций. Нельзя принимать такие ванны и в период обострения хронических заболеваний. Поэтому хвойные ванны, как и всякие другие, должен порекомендовать только врач. Он же устанавливает и длительность процедуры.

У некоторых людей хвойные ванны вызывают раздражение слизистой оболочки глаз. Такая реакция может быть проявлением повышенной индивидуальной чувствительности к ароматическим веществам, содержащимся в хвойном экстракте. В этих случаях следует посоветоваться с врачом.

Хвойный экстракт для ванн продается в аптеках в жидком виде и в виде брикетов.

ЭЛАСТИЧНЫЕ ПЛАВКИ

4 «Мне нравятся плавки из эластика, и я хотела бы носить их постоянно. Но опасаться: не вредно ли?»

Ваши опасения вполне закономерны: постоянно носить эластичные плавки действительно вредно. Они не могут заменить трусов или трико. Ведь любое белье должно хорошо епитывать пот и выделения сальных желез, пропускать воздух, чтобы тело дышало.

Лучше всего с этим справляется хлопчатобумажное, шерстяное и вискозное белье. Достаточной влаго- и воздухопроницаемостью обладает и капроновое, нейлоновое белье (особенно ажурное) при условии, что его стирают ежедневно или хотя бы через день.

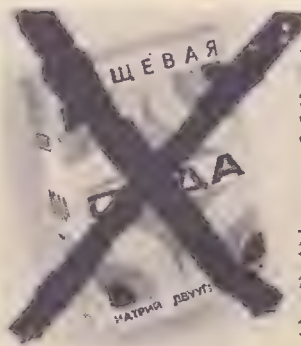
А вот эластичным плавкам эти свойства не присущи. Ткань для них, изготовленная тоже из химических волокон, по своей структуре резко отличается от синтетического бельевых трикотажа. Она плотна, упруга и поэтому затрудняет тепло- и воздухообмен, испарение влаги.

Если эластичные плавки носить постоянно, тело будет перегреваться, потеть. Могут возникнуть потертости, опрелости, сильное раздражение кожи. Особенно летом, в жару.

Да и покрой плавков не рассчитан на то, чтобы в них находились долго. Они очень плотно облегают тело и могут затруднять крово- и лимфообращение а органах малого таза. Поэтому использовать спортивные плавки следует только по назначению.

ИЗЖОГА И СОДА

5 «Слышал, что при изжоге вредно часто употреблять питьевую соду. Как же устранить изжогу, если у меня повышенная кислотность желудочного сока?»



При повышенной кислотности желудочного сока изжога беспокоит довольно часто. Наиболее распространенное средство, к которому прибегают страдающие изжогой, — питьевая сода. Она на некоторое время облегчает состояние человека, нейтрализуя соляную кислоту желудочного сока. Но при этом образуется углекислый газ, который раздражает желудочные железы, и они начинают усиленно выделять соляную кислоту. А это вредно для тех, у кого кислотность и без того повышена.

Нормализовать выделение соляной кислоты помогает диета. Обычно людям, у которых повышена кислотность, врачи советуют ограничить в питании продукты, способствующие усиленному выделению кислоты. Это прежде всего мясные и рыбные бульоны, различные маринады, копчености, некоторые трудноперевариваемые продукты, например, грибы, фасоль, горох, а также сахар, варенье, мед, крупы, сдобные изделия.

Есть надо 5—6 раз в день, но понемногу. При повышенной кислотности желудочный сок выделяется почти непрерывно, и, когда человек ест часто, избыток желудочного сока уходит на переваривание пищи.

Что же касается соды, то прибегать к ней можно лишь как к «скорой помощи». Принимать ее систематически нельзя.

РАЗЪЯСНЕНИЯ ПО ОПУБЛИКОВАННЫМ МАТЕРИАЛАМ

6 «В № 2 «Здоровья» за 1975 год, стр. 26, в статье «МАТЬ И ДИТЯ» говорилось, что с момента установления беременности женщины имеют право на освобождение от работы в ночные смены. Однако мне врачи сказали, что такое освобождение дается только с 20 недель беременности. Существуют ли твердые и единые правила на этот счет?»

Да, существуют. Статья 69 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, в частности, гласит: «Не допускается привлечение к работам в ночное время, к сверхурочным работам и работам в выходные дни и направление в командировку беременных женщин и матерей, кормящих грудью, а также женщин, имеющих детей в возрасте до одного года».

Как видите, срок беременности не оговорен. Женщины имеют право воспользоваться указанными льготами, как только врач лечебного учреждения установит беременность.

7 «В журнале № 9 за 1975 год, стр. 17, в ответе юриста Л. И. Царевой «ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ» указано, что после родов пособие выплачивается вперед за весь послеродовой отпуск. Каким же нормативным документом изменен порядок оплаты послеродового отпуска?»

Новый порядок выплаты пособий по беременности и родам предусмотрен постановлением Президиума ВЦСПС от 17 августа 1973 года (протокол № 16, пункт 3).

8 «Просим разъяснить, как предоставляются донорские дни отдыха — непосредственно после каждого дня дачи крови или в любое время года, как утверждалось в № 8 «Здоровья» за прошлый год?»

В заметке «Льготы донорам» (№ 8 за 1975 год, стр. 17) порядок предоставления донору дня отдыха изложен ошибочно.

Этот день с сохранением среднего заработка предоставляется непосредственно после дня дачи крови.

Например, если донор дал кровь в рабочий день 16 сентября, то он должен быть освобожден от работы в этот день и, кроме того, администрация обязана предоставить ему дополнительный день отдыха 17 сентября.

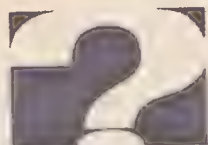
По желанию донора этот день может быть присоединен к ежегодному отпуску (ст. 114 КЗоТ РСФСР). Это относится только к дню отдыха, день дачи крови присоединять к ежегодному отпуску нельзя.

Донорам, которые дают кровь в день, предшествующий дополнительному дню отдыха, установленному в связи с переводом на пятидневную рабочую неделю (например, в пятницу), должен предоставляться другой день отдыха.

Если, например, донор дал кровь в пятницу, 26 сентября, а суббота и воскресенье у него выходные дни, то дополнительный день отдыха должен быть предоставлен ему в понедельник, 29 сентября. И в этом случае день отдыха по желанию может присоединяться к ежегодному отпуску (разъяснение Госкомтруда и Президиума ВЦСПС от 8 апреля 1967 года, № 4/П-10, пункт 11).

Если дача крови происходила во время отпуска, то отпуск продлевается на один день с оплатой по среднему заработку.

Основанием освобождения от работы донора для обследования, дачи крови и отдыха, а также сохранения среднего заработка за эти дни являются вызов и справка учреждения здравоохранения.



Отвечает
специалист



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

**Что такое
диафрагмальная грыжа?**
Об этом спрашивает
читатель С. Сергеев
(Киев).

Отвечает хирург,
профессор
А. Е. ДМИТРИЕВ.

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ грыжа образуется, когда органы брюшной полости перемещаются в грудную клетку через врожденный или приобретенный дефект (отверстие) диафрагмы.

Приобретенные грыжи, как правило, это результат травмы—ушиба или ранения. Грыжи реже бывают в правой половине диафрагмы, так как здесь ее купол прикрыт снизу печенью.

При повреждении левого купола диафрагмы в плевральную полость могут переместиться желудок, селезенка, петли тонкой кишки. Подвергаясь сдавлению, эти органы нередко ущемляются, что обуславливает сильную боль, тошноту, рвоту. К тому же, попадая в грудную клетку, органы брюшной полости сдавливают сердце, легкие, крупные кровеносные сосуды. А это становится причиной одышки, учащения сердцебиений, нарушения кровообращения.

Как показывает практика, у многих людей в течение длительного времени диафрагмальные грыжи ничем себя не проявляют и обнаруживаются случайно. При таких бессимптомных грыжах или нерезко выраженных клинических симптомах достаточно бывает соблюдать диету. Надо исключить жареные мясо и рыбу, соленья, копчености, маринады. Рекомендуется есть часто (5—6 раз в день) и небольшими порциями.

М. П. ЗЫКОВ,
директор Всесоюзного
научно-исследовательского
института гриппа Минздрава СССР

Грипп известен человечеству
с глубокой древности.

Первые достоверные описания
пандемии этого заболевания
относятся к 1173 году.

Подобно пожару
распространяется грипп
по странам и целым континентам.
Неоднократно бушевало пламя
этого пожара над миром: в 1387, 1404,
1510, 1557, 1580, 1732, 1781 годах.

Только в прошлом веке
эпидемии гриппа возникали 9 раз.
Наряду с чумой, сыпным тифом,
оспой он «составлял ту грозную силу
мировых поветрий, которые несли
ужас и смерть народам»,—
писал академик Н. Ф. Гамалея.

Слово «грипп» происходит
от французского *grippe*, что означает
«охватывать, нападать».

В течение многих лет ученые стремились
проникнуть в тайну этого заболевания.
Длинная цепь поисков, экспериментов
и исследований предшествовала
открытию возбудителя гриппа.
В 1933 году английский ученый
Вильсон Смит установил,
что грипп вызывают не бактерии,
а значительно более мелкие
существа—вирусы.

Эти наблюдения подтвердили
и советские ученые

Л. А. Зильбер и А. А. Смородинцев
с сотрудниками. Сегодня ученым
уже многое известно о вирусе гриппа:
изучена его структура, его способность,
периодически трансформируясь,
образовывать все новые
разновидности.

Ведутся поиски эффективных методов
борьбы с гриппом,
путей его профилактики.

ГРИПП ОПАСЕН

ГЛУБОКО ошибаются те, кто считает
грипп самой легкой инфекцией.

Действительно, иногда это заболевание, не сопровождаясь повышением температуры, проявляется лишь головной болью, общим недомоганием. Стоит ли обращать внимание?— решают иные «смелчаки» и не соблюдают ни постельного, ни даже домашнего режима. Ходит такой «герой» на работу, разъезжает в транспорте, заходит в магазин. Он не только заражает людей, но наносит большой вред и собственному здоровью. Ведь грипп, протекающий даже в легкой форме, опасен осложнениями.

Они дают о себе знать чаще между третьим и шестым днем от начала заболевания. Примерно у трети больных осложнения развиваются в более поздние сроки. Бывает, человек уже будто бы поправился, даже начал выходить из дому, и вдруг снова у него повышается температура, самочувствие ухудшается.

Вирусы гриппа быстро размножаются в организме больного и выделяют токсины. Эти ядовитые вещества угнетают нервную систему, подавляют защитные силы организма. На фоне пониженной реактивности, особенно если человек не соблюдает постельный режим, переохлаждается или переутомляется, активизируются другие болезнетворные микроорганизмы. Они как бы идут по следам своего агрессивного сообщника—вируса гриппа и вызывают различные осложнения, чаще всего бронхит или воспаление легких. Нередко поражаются среднее ухо, придаточные пазу-

хи носа, периферические нервы. Неизбежно страдают при этом и сердечно-сосудистая и центральная нервная системы.

Наблюдения показывают, что из 100 больных гриппом в среднем у 8 человек развивается пневмония, в основном у людей пожилого возраста. Воспаление легких проявляется упорным кашлем, болью в груди, одышкой, в тяжелых случаях — удушьем. Повышенная температура не постоянный признак пневмонии. У одних больных это осложнение сопровождается высокой температурой, у других она не поднимается выше 37—37,1 градуса.

Воспаление гайморовой или лобной пазухи (гайморит или фронтит) часто протекает без температуры. Но это

стационаре продолжается у 42 процентов больных 15—28 дней, а у 37 процентов затягивается и на более продолжительные сроки.

Грипп не только широко открывает ворота для новых инфекций, но и обостряет вялотекущие хронические процессы. Он может вызвать декомпенсацию пороков сердца, обострение хронической пневмонии и нефрита, ухудшение самочувствия страдающих гипертонической болезнью.

Поэтому тем, кто страдает каким-либо хроническим заболеванием, надо особенно тщательно соблюдать все меры профилактики гриппа. Им советуем во время эпидемии меньше ходить в места, где большое скопление людей, — кино, театры, меньше посещать

ОСЛОЖНЕНИЯМИ

«палка о двух концах». Отсутствие высокой температуры не настораживает, человек не обращается к врачу по поводу такого пустяка, как насморк. Тем временем воспалительный процесс из гайморовой или лобной пазухи может перейти на паутинную оболочку мозга и вызвать тяжелое заболевание — арахноидит. Поэтому меры должны быть приняты своевременно. При упорном гнойном насморке — основном симптоме воспаления придаточных пазух носа — надо пойти в поликлинику или обратиться на это внимание врача, когда он придет на дом.

Рекомендуем, не откладывая, показаться врачу и при ощущении заложенности или боли в ухе. Воспаление среднего уха — отит гораздо легче поддается лечению на ранней стадии. В противном случае в воспалительный процесс может быть вовлечено внутреннее ухо, а это нередко приводит к тяжелым последствиям, вплоть до потери слуха.

Если у больного гриппом или у того, кто недавно перенес это заболевание, появилось частое болезненное мочеиспускание, следует обратиться к урологу. Этот симптом может свидетельствовать о том, что грипп осложнился воспалением мочевого пузыря. Ни в коем случае нельзя пренебрегать назначением врача сдать мочу на анализ: можно пропустить начавшееся воспаление почек.

Любое осложнение гриппа приносит большой, а подчас и непоправимый вред здоровью, надолго выводит человека из строя. Достаточно сказать, что пребывание с послегриппозной пневмонией в

поликлинику, ведь там наиболее вероятен контакт с больными.

Ну, а если не удалось избежать заболевания? Как помочь организму победить инфекцию? Прежде всего надо строго соблюдать постельный режим, выполнять все назначения врача, хорошо проветривать комнату.

Хочу со всей серьезностью предупредить: ни в коем случае нельзя лечиться самому, принимать без назначения врача антибиотики и сульфаниламидные препараты. На вирус гриппа они не действуют. В то же время под влиянием их бессистемного приема в организме происходят нежелательные сдвиги, а кроме того, бактерии, которые находятся в организме, привыкают к медикаментам. И если возникнет осложнение, то эти лекарства будут неэффективны.

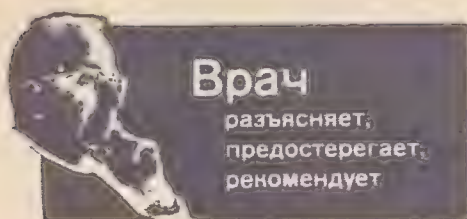
Не пугайтесь высокой температуры и не старайтесь сами во что бы то ни стало ее снизить. Повышение температуры в первые дни болезни — не что иное, как защитная реакция организма в борьбе с возбудителем инфекции. Когда возникнет необходимость, врач сам назначит жаропонижающие средства.

Помните: грипп — далеко не безобидное заболевание!

Ленинград



**ДУМАЙТЕ
О СЕБЕ
И ОКРУЖАЮЩИХ**



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

НЕ ИДИТЕ НАВСТРЕЧУ ПОЛНОТЕ

В. А. ОЛЕНЕВА,
доктор медицинских наук

БЫВАЮТ семьи, скроенные как бы по одной мерке: родители полные и дети тоже. Что это, наследственная предрасположенность? Опыт показывает, что далеко не всегда.

За последние годы резко возросло число людей, страдающих ожирением. Массовые обследования, проводимые сотрудниками Института питания АМН СССР, позволили ближе познакомиться с бытом полных людей. И со всей определенностью специалисты установили, что виновник полноты в большинстве случаев — привычка к перееданию. Именно переедание чаще всего способствует массивным накоплениям жира в организме. Жира, который со временем становится виновником возникновения или осложнения многих заболеваний.

Современная наука о питании располагает убедительными доказательствами самой тесной связи между характером питания и обменными процессами в организме. Многие обменные заболевания — следствие превышения нормы еды, дисбаланса питания. Так называемое алиментарное ожирение развивается, в частности, у тех, кто систематически переедает; в организме при этом приход энергии с пищей день ото дня преобладает над ее тратами.

Проводя обследование, мы нередко узнавали, что у некоторых полных людей — чаще всего у домохозяек, работников различных учреждений, не обремененных физическим трудом, — калорийность съедаемой ежедневно пищи составляет 5—6, а то и 10 тысяч калорий, что в 2 и даже 3 раза превышает физиологические потребности организма.

В большом проценте случаев выявилось и нарушение ритма питания: основную долю дневного рациона человек съедает в вечерние часы, за ужином или, что еще хуже, непосредственно перед сном. Это случается, как правило, с теми, кто забывает поесть в течение дня, а основательно проголодавшись, набрасывается вечером на еду и переедает. Ощущение сытости, как известно, обычно не появляется во время еды, оно запаздывает. Очень голодному человеку трудно контролировать себя, и он съедает много, гораздо больше, чем необходимо.

Что же происходит, когда нарушают режим питания, беспорядочно и много едят? При этом почти постоянно поддерживается возбуждение пищевого центра, расположенного в гипоталамической области головного мозга, и



Съеденное вечером впрок не пойдет.



От умеренной еды — сила,
а от обильной — могила.



Не в меру еда — болезнь и беда.

человек даже после достаточной по объему еды не насыщается.

Поддерживают чувство голода и значительные колебания количества сахара в крови, которые в связи с избыточным питанием у тучных выражены больше. Следует сказать, что потребление сахара и сладостей играет немалую роль в возбуждении пищевого центра.

Излишки поступившей в организм пищи подстегивают и поджелудочную железу. Ее островковые клетки начинают вырабатывать все больше инсулина, а гормон этот, как известно, принимает активное участие в процессах трансформации углеводов в жиры, избыток которых откладывается в жировых депо организма.

Итак, чрезмерная полнота чаще всего свидетельствует о систематическом превышении физиологической потребности организма в пище. А результаты? Вот один конкретный пример. Игорь Н., практически здоровый молодой человек 23 лет, два года назад стал поваром ресторана. А теперь вследствие переедания у него самая высокая — четвертая степень ожирения: вес его 198 килограммов при росте 188 сантиметров.

Игорь быстро устает, у него резкая одышка. Количество холестерина и других жироподобных веществ в крови в полтора раза больше нормы, артериальное давление повышено. На вид Игорю можно дать не менее 40 лет.

Полнеть — это значит преждевременно стареть и не только внешне. При большом весе возрастает нагрузка на сердце. Появляются биохимические сдвиги в крови: в ней увеличивается содержание жировых фракций, холестерина. Избыток жироподобных веществ откладывается на стенках кровеносных сосудов, образуя атероматозные бляшки. В то же время снижается деятельность ферментов, расщепляющих жиры, замедляются окислительные процессы. У тучных людей любого возраста чаще возникает стенокардия и развивается атеросклероз.

Особенно опасно переедание после 40—45 лет, когда, естественно, снижается деятельность некоторых желез внутренней секреции, уменьшается интенсивность обменных процессов. А к тому же многие люди в этом возрасте сокращают и физическую активность. Одни бросают занятия спортом, другие отказываются от физического труда, все свободное время проводят за телевизором, книгами или домино. Или того хуже — ищут радость в еде.

А расплата за чревоугодие — болезненная полнота и порождаемые ею недуги. Теперь уже одно только сокращение рациона не всегда помогает войти в форму. Необходимо бывает длительное и серьезное лечение.

Вот почему настоятельно советуем: будьте умеренны в еде, не идите навстречу полноте!

Некоторые, начав полнеть, прежде всего ограничивают в рационе количество мяса, почему-то считая его высококалорийным. А это не соответствует действительности. Многие отказываются от супов, — по существу, малокалорийных блюд, что отрицательно сказывается на работе желудка и кишечника.

Людям молодым и среднего возраста при первых признаках начинающейся полноты главное — увеличить физическую активность. Для нормализации обменных процессов можно несколько ограничить потребление углеводов, и прежде всего сахара и хлеба. Приходится умерить и страсть к соленым блюдам, копченостям, возбуждающим жажду и аппетит. Хорошо снижает аппетит дробное питание: часто и понемногу; этим создаются условия для торможения функции пищевого центра. Очень важно питаться разнообразно. Ведь пища не только источник энергии, но и активный регулятор обмена веществ.

А вот тем, кому приходится бороться не с начинающейся полнотой, а с явным ожирением, врачи рекомендуют резко ограничивать в диете углеводы, не только сахар, сладости и хлеб, но и макароны, вермишель, крупы, картофель.

С лечебной целью назначаются диеты сниженной калорийности. В них меньше углеводов, животных жиров и нормальное количество белков — главного строительного материала клеток организма.

Ограничение распространяется на свиное сало, яйца, сливочное масло, сливки, жирные сорта мяса и рыбы. Количество белковых продуктов (мяса, рыбы, творога) не должно превышать 400—500 граммов в день. Рекомендуются постная говядина, нежирная птица, докторская колбаса, треска, судак, щука. Сливочное масло лучше заменить сметаной, содержащей значительное количество лецитина, способствующего нормализации холестерина обмена. В рацион нужно включать овощи, несладкие фрукты и ягоды, молочные продукты, растительное масло. Нерафинированные растительные масла следует использовать для приготовления салатов, винегретов. Из овощей полезны капуста, свежие огурцы, помидоры, кабачки, морковь, репа, редис. Зимой чаще надо готовить блюда из капусты, свежей и кислой, винегреты, стараться включать в свой рацион фруктовые и овощные соки.

Необходимо обратить внимание на питьевой режим. Кто много пьет, перегружает сердце и сосуды. Избыток воды в тканях тормозит процессы переработки жира в воду. Если пить меньше, интенсивнее протекает распад жиров в организме, и вес снижается.

И еще один совет полным: воздержитесь от водки, пива и даже сухих вин. Они возбуждают аппетит и вместе с тем являются значительными поставщиками калорий. Иногда пиво называют даже «жидким хлебом», настолько оно высококалорийно.

Умеренность в еде — залог хорошего самочувствия, здоровья, красоты!

ТАК
К
НАРОДУ
ГОВОРЯТ



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

ТЕМ, У КОГО

БЕЗ СОМНЕНИЯ, молодым людям, страдающим близорукостью, интересно узнать, как предупредить ее дальнейшее развитие. Сотрудниками Московского научно-исследовательского института глазных болезней имени Гельмгольца разработана методика упражнений для глаз. Наряду с другими средствами эти упражнения помогают бороться с прогрессированием близорукости.

В чем смысл этой методики, что легло в ее основу? Доказано, что в возникновении близорукости «виновна» прежде всего перегрузка аппарата аккомодации — тонкого нервно-мышечного механизма, который настраивает (фокусирует) наши глаза. Без аккомодации мы не могли бы, не теряя отчетливости изображения, переводить взор с висящей, скажем, на стене картины на стрелки ручных часов или на текст лежащей перед нами книги.

Физиологи доказали, и это известно каждому, что организм человека — сложный биологический комплекс, состоящий из множества саморегулирующихся функциональных систем. Зрительная система — одна из них.

Человек начал читать книгу — и аккомодационные мышцы сразу же сделали хрусталики глаз более выпуклыми. Представьте, что книгу поднес к глазам первоклассник, у которого аккомодационные мышцы недостаточно тренированы, ослаблены. А это может быть следствием генетических особенностей или хронического тонзиллита, ревматизма, других болезней. Аккомодационные мышцы, не справляясь со зрительной нагрузкой, сигнализируют об этом в головной мозг, в зрительные центры. Вся функциональная зрительная система приходит в движение, чтобы облегчить работу аккомодационной мышцы, обеспечить четкое изображение на сетчатке. А этого можно достичь лишь одним способом — «удлинить» глаз, отодвинуть его заднюю стенку подальше от хрусталика. Тогда аккомодационной мышце почти не придется прилагать усилия, чтобы глаз мог отчетливо видеть близкие предметы.

И глаз начинает расти; на эту перестройку уходит несколько лет. К 10—12



БЛИЗОРУКОСТЬ

Прогрессирование близорукости можно приостановить, если носить правильно подобранные очки и систематически тренировать аккомодационную мышцу глаза.

годам ребенок становится близоруким, иными словами, его глаза приспособлены только для работы вблизи. Возникает слабая, так называемая школьная, близорукость.

Ослабление аккомодационной способности глаз, как правило, сопровождается нарушением кровоснабжения аккомодационных мышц. С прогрессированием близорукости это нарушение возрастает. Еще больше увеличивается и степень миопии (близорукости).

Итак, пусковой механизм близорукости—ослабленная аккомодация. Именно она часто становится началом той осложненной близорукости, которую иногда не исправляют и очки. Борьбу с дефектом зрения необходимо как можно раньше, только при этом условии удастся приостановить или замедлить прогрессирование заболевания.

Обрести силу и выносливость аккомодационной мышцы помогает тренировка. Специальные упражнения для этой мышцы мы рекомендуем выполнять детям и молодым людям примерно с 10 до 22 лет.

Одно из них—упражнение с линзами—проводят в кабинете окулиста. Молодой человек в подобранных ему очках читает текст, держа его на расстоянии 30—35 сантиметров от глаз. Перед стеклами его очков через определенные промежутки времени врач дополнительно устанавливает минусовые линзы: сначала, к примеру, силой в одну диоптрию. Аккомодационная мышца глаза при этом напрягается, ведь ей нужно так изменить форму хрусталика, чтобы на сетчатке получилось четкое изображение. Затем врач ставит перед глазами пациента другую линзу, тоже отрицательную, но более сильную—с двумя диоптриями. Потом еще более сильную, и так до минус четырех-пяти диоптрий. Аккомодационная мышца при этом максимально напрягается.

На смену минусовым линзам берут уже плюсовые, сначала слабые, а затем все более сильные—до трех—пяти диоптрий. Таким образом, постепенно снимается напряжение аккомодационной мышцы. В процессе тренировки она то напрягается, то расслабляется, происходит ее своеобразный массаж.

Работоспособность глаза можно повысить и с помощью другого упражнения, которое делают дома. К глазу приближают пуговицу или другой миниатюрный предмет до тех пор, пока человек перестает его четко различать. Затем процедура повторяется—предмет отодвигают и снова приближают к глазу.

Еще лучше тренироваться с помощью простого устройства. Вырежьте кусок фанеры или плотного картона в форме ракетки (20×10 сантиметров). У рукоятки сделайте горизонтальную щель, в которую вставьте обычную 50—60-сантиметровую линейку. Ракетка должна свободно перемещаться по линейке. На поверхность ракетки наклейте вырезанную из газеты или журнала букву «с» высотой примерно в 2 миллиметра.

Край линейки приставьте к лицу сначала под одним глазом, который вы начинаете тренировать, а затем под другим. Если вы носите очки, выполнять упражнения надо в них: глаз, который в данный момент не тренируется, закройте повязкой. Удерживайте линейку левой рукой, а правой медленно приближайте к глазу ракетку до тех пор, пока буква «с» не станет похожа на букву «о». Затем ракетку отодвигайте от глаза, пока буква «с» станет опять хорошо различима; повторяйте эти движения несколько раз.

Есть и другие упражнения, которые также можно делать дома (разумеется, если считает необходимым наблюдающий вас окулист). На оконном стекле на уровне глаз наклейте кружок диаметром 8 миллиметров. Хорошо, если кружок будет красный: этот цвет—наиболее сильный раздражитель для глаза. Станьте на расстоянии 30—35 сантиметров от кружка и мысленно как бы продолжайте линию взгляда поверх кружка к какому-либо объекту, находящемуся на дальнем расстоянии,—дому, дереву. Переведите взгляд с кружка на дальний объект и наоборот. Это упражнение тренирует аккомодационную мышцу. Вы посмотрели вдаль—она расслабилась, на кружок—напряглась.

Упражнения следует делать утром и вечером. В первые 2—3 дня по 3 минуты каждым глазом, затем длительность

Э. С. АВETISOV,
заслуженный деятель науки РСФСР,
профессор

упражнений доводится до 5 и в течение месяца—до 7 минут. После месячной тренировки необходим отдых, хотя бы на полмесяца, затем можно провести еще два—четыре месячных курса с перерывом в полмесяца.

Кроме упражнений, врач назначает медикаменты, улучшающие кровоснабжение аккомодационных мышц. Их особенно важно принимать во время напряженной зрительной работы (например, в период подготовки к экзаменам).

Старайтесь исключить условия, ведущие к быстрому утомлению глаз. позаботьтесь о хорошем освещении рабочего места. Через каждые 20—25 минут зрительной работы рекомендуем делать 5-минутный перерыв. Тем, у кого высокая степень близорукости, период непрерывной зрительной работы целесообразно сократить до 15, а время отдыха увеличить до 10 минут.

При близорукости лучи света, идущие в глаз от отдаленных предметов, пересекаются, не доходя до сетчатки. Потому-то и предметы видны неясно, расплывчато. Стекла очков фокусируют эти лучи, направляя их на сетчатку. Одним людям очки требуются для постоянного ношения, другим—только «для дали», третьим «для дали» и «для близи» необходимы разные очки.

Люди молодые, особенно девушки, нередко предубеждены против очков, избегают их носить. И напрасно. Правильно подобранная оправа очков зачастую не портит, а украшает лицо. А главное—очки предупреждают дальнейшее развитие близорукости, улучшают условия аккомодации.

При сильной и осложненной близорукости, когда очки мало улучшают зрение, рекомендуются контактные линзы. Надевают их на глазное яблоко, с которым они составляют единую оптическую систему. Изготавливают контактные линзы из специальных сортов пластмасс. Их размер 8—9 миллиметров в диаметре. Подбором и изготовлением контактных линз у нас в стране занимаются 24 лаборатории. Они имеются в каждом республиканском центре и в крупных городах страны. Направляет больных в эти лаборатории лечащий врач.

Г. А. СТУКОВ,
заведующий отделом
безопасности
туристских путешествий
Центрального совета
по туризму
и экскурсиям ВЦСПС

И ЗИМОЙ ПРЕКРАСНЫ ТУРИСТСКИЕ ТРОПЫ!



Очень любят свою турбазу, расположенную в живописных предгорьях Южного Урала, рабочие Салаватского ордена Ленина нефтехимического комбината.

Фото В. ОПАЛИНА

КАЖДУЮ субботу и воскресенье пригородные электрички и автобусы увозят из городов тысячи туристов. Да, справедливы слова поэта Н. С. Тихонова: «Нет лучше отдыха, чем пребывание на чистом воздухе, среди лесов и полей, на реке или в горах. Ознакомление со всеми краями нашей великой Родины — дело замечательное... Мир прекрасного, мир родной природы открывает неизведанные возможности для всех желающих».

Пожалуй, самое привлекательное в путешествиях — рождение чувства уверенности в своих возможностях, радость познания, хорошее настроение. Медики справедливо утверждают: зимний туризм — эффективнейшее средство закалывания, оздоровления организма. Скольжение на лыжах на свежем морозном воздухе бодрит, укрепляет мышцы, увеличивает жизненную емкость легких, улучшает обмен веществ, укрепляет нервы.

Однако, чтобы поход прошел успешно, надо его правильно организовать. Основная заповедь — не ходить в одиночку! Короток зимний день, рано темнеет, от жилья далеко — легко заблудиться, замерзнуть, получить

травму. Беды можно избежать, если рядом спутники, которые всегда готовы прийти на помощь.

Значит, прежде всего позаботьтесь о том, чтобы сформировать группу. Хорошо, когда в нее входят люди примерно одинаковой спортивной подготовки, близкие по физическим данным и возрасту. Но, разумеется, путешествовать не возбраняется и группой, где собрались люди разных возрастов, спявшие совместной работой или общностью интересов.

Необходимо заранее обговорить цель похода, любого — однодневного или многодневного. Хуже всего маршрут — куда глаза глядят. Что вас привлекает? Просто прогулка пешком по живописным полям, оврагам, перелескам? Или больше по душе осмотр исторических и архитектурных памятников? А быть может, вы собираетесь отработать навыки ходьбы на лыжах, спуски с гор и подъемы для будущих восхождений?

От намеченной цели зависит и выбор маршрута. В этом вам поможет клуб туристов или путеводители, которых в последнее время издано немало. Напоминаем лишь, что протяженность маршрута для начинающих — не более 10—12 километров без сложных естественных препятствий.

Учите: успех лыжного похода во многом зависит от снаряжения. Вполне подходят обыкновенные гоночные лыжи с жестким креплением. Их следует просмолить, на грузовую площадку набить тонкими гвоздями ребристую резину. Не забудьте обмотать дужки креплений изоляционной лентой или надеть на них тонкую резиновую трубку. Советуем к носовой части подошвы ботинка прикрепить металлическую пластинку с отверстиями для штифтов крепления. Рекомендуем приобретать дюралюминиевые лыжные палки. При неудачном падении они хотя и гнутся, зато довольно легко выпрямляются. Съезжая с гор, не держите палки перед собой, ибо это чревато тяжелыми травмами.

Поход может быть испорчен, если вы не позаботились о своей

экипировке: будете или париться или ежиться от холода. Носки и варежки должны быть чистыми, сухими, возьмите еще по паре про запас. Если в пути отсырели носки, промокли после спусков и падений варежки, обязательно сразу же смените их. Носки советуем надевать и хлопчатобумажные и шерстяные, потому что лыжные ботинки лучше покупать на один-два номера больше, чем повседневные.

Нижнее белье должно быть из материала, впитывающего пот. Затем надевают шерстяные вещи, которые сохраняют тепло. Поверх наденьте штормовку или куртку из материала типа «болоня», на руки — шерстяные варежки или перчатки, а поверх них — кожаные или любые другие из плотного материала.

Не берите пример с тех, кто катается без головного убора. Лыжная шапочка обязательна!

Если ваш маршрут проходит в горах или вы отдыхаете на турбазе, расположенной в горном районе, обязательно надевайте светоотражающие очки. Иначе вы рискуете получить ожог глаз.

Пересекать по льду водоемы следует осторожно, двигаясь на расстоянии 5—6 метров друг от друга. Рюкзак надевают только на одно плечо, чтобы при необходимости его можно было быстро сбросить.

Обычно туристы двигаются цепочкой, замыкает группу более сильный, опытный лыжник. Если кто-либо отстал, замыкающий должен дать условный сигнал остановки.

В лыжном путешествии легко обморозиться, причем не только в сильные морозы, но и в сырую погоду, когда мороз невелик. Периодически осматривайте друг друга — не побелели ли кончик носа, щеки, подбородок?

Отдыхая в горах, не пренебрегайте мерами безопасности! К сожалению, еще нередко контрольно-спасательные службы получают тревожные сигналы бедствия, и десятки людей — врачи, спасатели, вертолетчики — бросаются на поиски попавших в беду. Она чаще всего подстерегает недисциплинированных туристов, кото-



Живописны окрестности Нальчика зимой!

**Москаичи супруги Волковы
на лыжной прогулке.**

Фото В. ОПАЛИНА

рые, несмотря на знаки «Стоять! Опасно! Лавина!», идут кататься на лыжах, на санках или фотографироваться на склонах, таящих смертельную угрозу.

120 всеюзовных и сотни местных туристских маршрутов рассчитаны на людей разной физической подготовки и разных интересов.

Любителям зимней рыбалки советуем поехать по маршруту № 5 на озеро Селигер, где хорошо ловится рыба, где удивительно легко дышится. Предпочитаете катание на коньках, яркое горное солнце, побывайте в Казахстане на высокогорном катке Медео — получите огромное удовольствие!

Маршрут № 348 перенесет вас в Заполярье, даст возможность побывать в Мурманском порту, посетить подземную гидроэлектростанцию и полюбоваться полярным сиянием. За неделю вы познакомитесь с причудливой природой Кольского полуострова: зоной хвойной тайги, лесотундрой и тундрой.

Зимой по-особому хороша гостеприимная Гуцульщина (маршрут № 600). Туристов здесь научат основам горнолыжной техники. Для менее тренированных и пожилых людей предпочтительнее автобусный маршрут «Снежное Закарпатье». Они увидят высокогорный гуцульский поселок Ясиня, романтическую реку Тиссу, древний мукачевский замок «Паланок».

Любителей горнолыжного туризма привлекает Кавказ. Туристские базы в Архызе, Приэльбрусье, Бакуриани окружают горы-великаны. Белизна снега, яркое солнце, живописные ущелья, канатные дороги — вот неполный перечень удовольствий, которые ждут здесь отпускников.

Получить консультацию вы сможете в советах по туризму и экскурсиям, которые имеются в каждом республиканском, краевом и областном центре. Кроме того, в стране создано 495 бюро путешествий и экскурсий. Они предложат вам интересный маршрут, дающий немало сильных, впечатлений и хорошую закалику.





1937 год. Лос-Анджелес.
Восторженно встречали американцы советских летчиков
А. Юмашева, С. Данилина, М. Громова (на фото слева направо),
совершивших перелет через Северный полюс.



И сейчас, на пороге своего 77-летия,
Михаил Михайлович Громов
находится в отличной форме
(снимки сделаны в ноябре 1975 года
фотокорреспондентом Вл. Кузьминым).





Формула поведения

НА СТОЛЕ у Героя Советского Союза Михаила Михайловича Громова лежит оригинальная медаль. На ней выгравировано: «Летчику номер один». Так называют прославленного аса друзья. Этот высокий стройный человек с мужественным лицом в тридцатые годы поставил немало рекордов скорости и дальности полетов, которые сыграли значительную роль в укреплении престижа советской авиации. Громов летал в Китай и Японию, за три дня облетел вокруг Европы, совершил беспосадочный перелет Москва—Северный полюс—США.

Летчик-испытатель, профессор по специальности «техническая эксплуатация самолетов и моторов», Михаил Михайлович—человек большой эрудиции, знаток искусства. Он досконально изучил психологию, физиологию, биологию и уверен: для того, чтобы отлично управлять техникой, нужно прежде всего научиться управлять собой, своими чувствами.

Сейчас прославленный летчик на заслуженном отдыхе, но отнюдь не в бездействии: активно участвует в общественной жизни страны, часто выступает с лекциями, рассказывает молодежи о воспитании воли, стойкости, мужества. Не порывает он дружбу и со спортом: до последнего времени возглавлял Федерацию тяжелой атлетики СССР, а теперь является ее почетным председателем.

Наш корреспондент И. С. Окунев встретился с М. М. Громовым и попросил поделиться мыслями о том, что обеспечивает человеку на долгие годы здоровье и бодрость духа.

— Если ребенок с первых дней жизни изнежен, воспитывался как тепличное растение, если его чрезмерно кутали, едва становилось прохладно, ограждали от малейших физических нагрузок, то, и став взрослым, он будет опасаться сквозняка, с трудом осилит даже невысокую гору, ему неважно и быстрая ходьба и ноша чуть потяжелее.

Конечно, нелепо доказывать зрелым и тем более пожилым людям, как важно заниматься физкультурой и спортом. После драки, мол, кулаками не машут. И тем не менее я все-таки хочу еще раз напомнить об этом по двум соображениям. Во-первых, лучше поздно, чем никогда: можно и в среднем и даже в пожилом возрасте в какой-то мере наверстать упущенное. Во-вторых, нынешние мамы и папы, бабушки и дедушки должны помнить о физическом воспитании детворы. Если мы хотим, чтобы поколение, которое идет нам на смену, росло здоровым, до глубокой старости оставаясь неуязвимым для недугов, мы должны начинать приобщать детей к физкультуре, а затем к спорту с такой же настойчивостью, как к чтению, письму и арифметике.

«Хорошо быть грамотным, но... также неплохо—здоровым и смелым»,—любил говорить мой отец, врач по специальности. Сам он был силач, отличный гимнаст. Принадлежностью его комнаты всегда были трапедия, кольца и гири.

С трех лет я начал пытаться подражать отцу в занятиях на спортивных снарядах. Он подзадоривал меня, говоря: «А вот «лягушку» тебе на трапедии ни за что не сделать!» Мне было обидно, я пытался, старался, и «лягушка» удавалась. Отец всячески содействовал моему увлечению физическими упражнениями. Уже в шесть лет я научился

плавать и самостоятельно ходил со сверстниками на пруд. Играл в лапту, «чижик», бегал наперегонки.

Некоторые предостерегали моих родителей, что все это добром не кончится. Но отец твердо был убежден, что здоровый ребенок не может надорваться: у него хорошо развита защитная реакция.

Поньше тепло вспоминаю я учителя физкультуры в реальном училище. Умело составляя программы занятий, он помогал ребятам развивать не только мускулатуру, но и хорошую координацию движений, быстроту реакции. Учащиеся с удовольствием занимались под его бдительным оком гимнастикой, фехтовали, устраивали всевозможные игры с мячом. Не были забыты и лыжи, на которых мы совершали продолжительные походы, а также велосипед, входивший тогда в моду. С 14 лет началось мое увлечение штангой. В студенческие годы семнадцати лет установил я рекорд Москвы в полутяжелом весе, выжав 202,5 фунта, и верен штанге по сей день.

Я рассказываю об этом сейчас столь подробно, потому что закваска, которую получил в детстве и отрочестве, помогала мне все последующие годы. Огромную пользу от спорта я ощутил уже тогда, когда, будучи студентом Высшего технического училища, решил поступить на курсы летчиков и стать авиатором.

Предстояло пройти строгую медицинскую комиссию, но ее-то я боялся меньше всего: физкультура и спорт оказались хорошей школой для пилота. Выработали железную выдержку, стальные мышцы, выносливость и упорство, что помогло мне быстро освоить новое дело. После полетов с инструктором я уже через час сорок три минуты полетел самостоятельно—это был по тем временам рекорд. Мои коллеги получили такое разрешение значительно позже.

Не все, разумеется, шло как по маслу. Однажды летел я на старом самолете «Моран-ж». Вдруг он вошел в штопор и с разорванной плоскостью камнем пошел вниз. Катастрофа, казалось, была неминуема, но, собрав все силы, я вывел машину из штопора и посадил. Тогда я особенно четко осознал, как важно закалять тело и дух постоянными тренировками.

Плавание совершенствует координированные действия рук и ног—это очень важно для летчика! Тактика и стратегия бокса помогают вырабатывать точность и расчет в движениях. Легкая атлетика развивает ловкость и гибкость, тяжелая укрепляет мускулатуру. Охота учит сохранять самообладание, быть готовым к неожиданностям. Порой человек с ружьем расслабится, полагая, что ничего интересного не предвидится, а птица вдруг взмывает в небо. Психологически курок должен быть всегда взведен для выстрела в момент неожиданности...

Однажды испытывал я первый советский истребитель. Нужно было проверить его на выходе из штопора. Однако машина из-за того, что центр тяжести оказался смещенным назад, вошла в так называемый плоский штопор, из которого вывести ее вообще невозможно. Она вертелась все быстрее и быстрее и стремительно летела вниз. Я машинально считал витки: 12—13—15... Страшная центробежная сила приковала меня к сиденью и с каждой секундой нарастала. Преодолеть ее удалось только на 21-м витке. Огромным усилием я выбрался из кабины и выпрыгнул с парашютом.

В другой раз при плохой видимости мне нужно было посадить неисправный самолет. Растерялся я на секунду, мы врезались бы в берег реки. Но снова сработала быстрота реакции, помогло самообладание.

Живо помнится и полет на «Крыльях Советов» через Ла-Манш, когда мы совершали облет Европы и демонстрировали свой пассажирский трехмоторный самолет «АНТ-9». Низкая облачность и туман заставили снизиться до 10—15 метров над уровнем моря. Одно неверное движение, и самолет поглотила бы пучина. Снова выручило умение владеть собой.

А в какие критические ситуации мы попадали во время полета через Северный полюс, который продолжался 62 часа 17 минут! За это время мне с моими товарищами Андреем Юмашевым и Сергеем Данилиным пришлось преодолеть четыре циклона, много раз менялась погода. Если метеорологические условия не благоприятствовали, мы не уходили в сторону, а набирали высоту. В кислородных масках дышать было трудно, но выручало отменное здоровье. Например, в районе Земли Франца-Иосифа наш краснокрылый одномоторный моноплан, до предела нагруженный горючим, стал покрываться льдом, от монотонного многочасового покачивания появились вялость, апатия.

За трое суток полета удалось поспать только часа два по 10—15 минут, когда погода позволяла. Последние 13 часов полета я не выпускал штурвал из рук, но удивительно: произведя посадку в долине Сан-Джасинто, даже не почувствовал усталости. Когда я потом сказал американским корреспондентам, что самым трудным для нас участком был дальнейший триумфальный путь в Нью-Йорк, это было не кокетством, а сущей правдой.

...Сейчас я нахожусь в том возрасте, когда уже нужно во всем придерживаться определенного режима. Строго говоря, он необходим всем и всегда, но когда перевалило за 75,—особенно. Никаких излишеств, злоупотреблений, безалаберного образа жизни! Только четкий и разумный режим обеспечивает свежесть мыслей и непринужденность движений. В этом я убеждаюсь ежедневно и ежедневно. Того ритма жизни, который выработался у меня с годами, стремлюсь придерживаться, даже если еду в поезде или живу в гостинице.

С силовой гимнастики у меня начинается каждое утро, причем занимаюсь я не менее двух часов. Конечно, для такой большой нагрузки необходима хорошая подготовка, и следовать моему примеру всем я бы не советовал,—подход должен быть индивидуальным. С помощью таких продолжительных занятий стремлюсь компенсировать теперешний мой образ жизни—в основном за письменным столом. После упражнений принимаю холодный душ, разумеется, «скоростной»—не более минуты, а после него энергично растираюсь махровым полотенцем.

Уже давно я не болен гриппом, не простужался, не беспокоит меня и радикулит, которым я когда-то долго страдал.

...Как много лекарств нынче создано! Некоторые люди, особенно пожилые, надо не надо, глотают таблетки, пилюли, пьют микстуры. Я не преувеличу, если скажу, что иные только в лекарствах ищут спасения.

Самое надежное профилактическое средство против недугов, по-моему,—движение, постоянное и интенсивное, и, по возможности, холодная вода. И еще—общение с природой. Пользуюсь любой возможностью, чтобы провести несколько часов на воздухе, побродить по лесу с ружьем, проехать верхом на лошади, искупаться.

У меня есть автомашина, но это не значит, что я пренебрегаю ходьбой. А ведь как часто иные боятся лишний шаг сделать, если же случается все-таки пройти пешком, жалуются на одышку, на сердцебиение.

Я давно пришел к формуле: человек, удовлетворенный собой,—погибший человек. Стремиться к совершенству следует всю жизнь!

ТВОРЧЕСТВО НАШИХ ЧИТАТЕЛЕЙ

ИСТОРИЯ ОДНОЙ БОЛЕЗНИ

Он горожанин был типичный...
Метро, автобус, служба, дом—
Таков был путь его привычный.
Как исключение, пешком
Ходил он только в гастроном.

Считал пределом—метров триста...
И вдруг, не ясно почему,
На юг (но в качестве туриста)
Путевку дать хотят ему.

Он и не прыгал и не бегал,
Хоть был не стар и полон сил.
Он, как огня, боялся снега
И солнца не переносил.

Кольнуло в бок—уже причина,
Чтоб тотчас он к врачу спешил.
Больным считал себя мужчина,
Три раза в день лекарства пил.

И, несмотря на все на это,
Его хотят послать в поход!
— Пойми, чужак, в разгаре лето—
Любой путевку заберет!

— Куда мне с печенью больною,
Меня ж не пустят ни чем!
Я посоветуюсь с женою,
А также с лечащим врачом...

Отдав сомненьям две недели,
Маршрут измерив так и сяк,
В поход он вышел в самом деле,
Набив лекарствами рюкзак.

Хоть это и непостижимо,
Но оставался он здоров
Там без диеты, без режима,
Без наблюденья докторов.

Он стал терпим к жаре и стуже,
Ног не боялся промочить.
И мог теперь других не хуже
Через ручей перескочить.

В походе, так или иначе,
Он приобрел здоровый вид
И позабыл, что это значит:
Гастрит, колит и гепатит...

Герой наш с пользой, скажем прямо,
В поход отпущен был врачом.
Но не туризму здесь реклама—
Туризм тут вовсе ни при чем!

Как исцелиться от болезней,
Мы дать совет готовы всем:
Когда их нет—всего полезней
Их не выдумывать. Совсем!

Л. ДВОРЕЦКИЙ

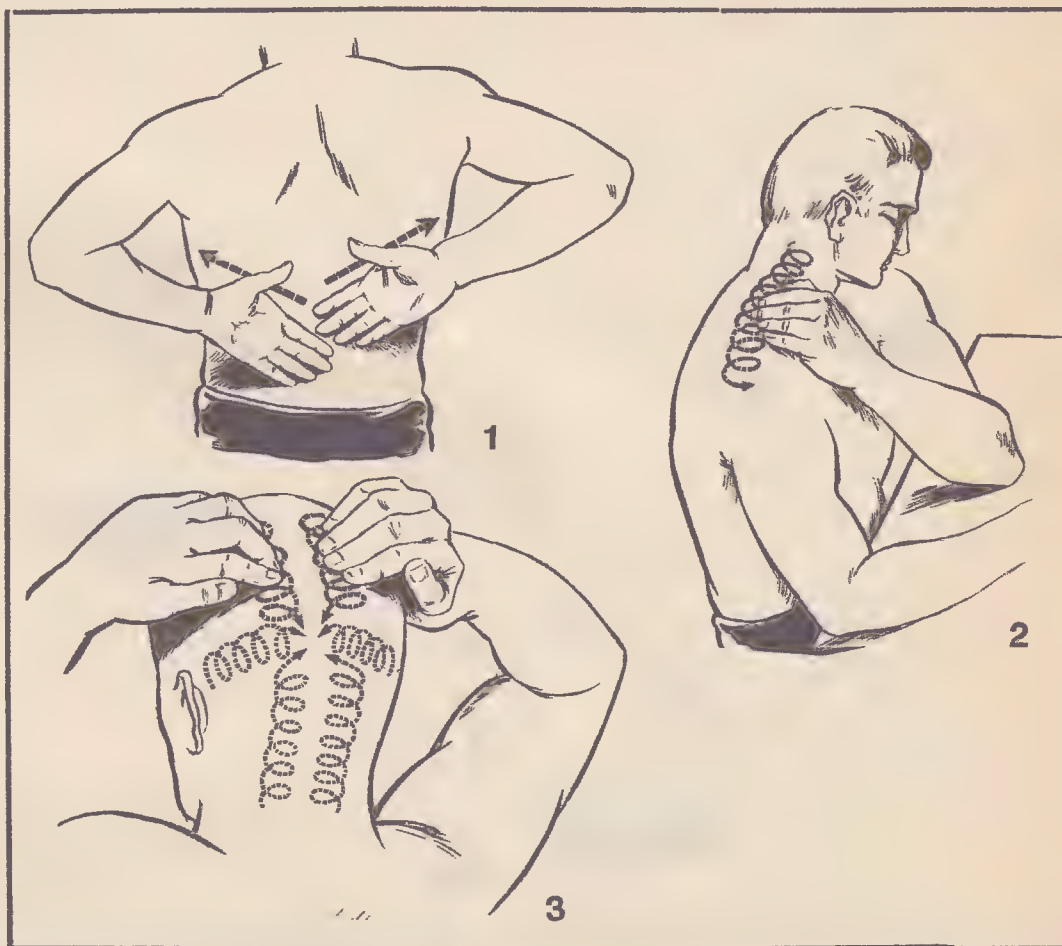
Ленинград.

М. Ф. ГРИНЕНКО,
доцент,

В. М. СВЕШНИКОВ,
мастер спорта

САМОМАССАЖ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Хроническая пневмония нередко сочетается с бронхитом и эмфиземой легких. Физическая тренировка, самомассаж, закаливание помогают предупредить обострения, улучшают кровообращение в легких, укрепляют дыхательные мышцы. Дыхание становится более полным, улучшается вентиляция легких, облегчается и выделение мокроты. Заниматься надо в хорошо проветренном помещении, а летом на свежем воздухе, лучше по утрам. Приступать к лечебной гимнастике, самомассажу, а тем более закаливанию можно только с разрешения врача и в тот период, когда нет обострения, то есть не наблюдается повышения температуры, усиления кашля, не нарастает слабость. Совет лечащего врача тем более необходим, если беспокоит одышка и появилась синюшность кожных покровов. Перед началом занятий для выведения мокроты, если ее много, можно сделать упражнения, способствующие дренажу бронхов (см. статью «Больному хронической пневмонией» в № 10 журнала «Здоровье» за 1974 год).



САМОМАССАЖ

Самомассаж делают перед лечебной гимнастикой в течение 5—10—15 минут, теплыми руками. Он подготавливает организм к выполнению физических упражнений.

Не задерживайте дыхание, максимально расслабляйте мышцы. Пользуйтесь тальком или детской присыпкой, тогда не будет раздражения кожи.

Самомассаж спины. Встать, руки за спину. Тыльной стороной кистей поочередно, без напряжения производить поглаживание от позвоночника в обе стороны. При этом руки перемещаются от поясницы к лопаткам и снова вниз (рисунки 1).

Самомассаж плечевого пояса, шеи и головы. Сесть лицом к столу. Упереться в него локтем согнутой левой руки, ладонь — на правую сторону шеи, правая рука свободно лежит на столе. Голову при этом слегка повернуть влево.

От затылка вниз к плечевому суставу сделать поглаживание, стараясь при этом возможно больше захватить мышцы шеи и спины. Постепенно надавливать сильнее. Затем слегка согнуть кисть и концами сомкнутых вместе четырех пальцев проделать вращательные, растирающие и разминающие движения по направлению от затылка к плечевому суставу и снова вверх (рисунки 2).

То же на другой стороне шеи.

Сесть прямо, не сгибаясь. Обе руки за голову. Слегка согнув кисти, концами пальцев выполнять круговые растирающие движения по направлению от

ушей к затылочному бугру, а затем от шеи к тому же бугру и от темени вниз тоже к затылочному бугру (рисунок 3).

Самомассаж плечевого пояса, шеи и головы проводите мягко.

Самомассаж груди. Опереться о спинку стула. Правую руку на нижний отдел грудной клетки слева. Левая рука лежит свободно на левом бедре. Продвигая правую руку снизу вверх к подмышечной впадине и плечевому суставу, сделать поглаживание (рисунок 4).

ное — мягко выполняются мелкие спиралевидные движения (рисунок 7). Самомассаж проводится во всех межреберных промежутках. Вслед за каждым приемом полезно сделать поглаживание.

Периодически делайте глубокие вдох и выдох.

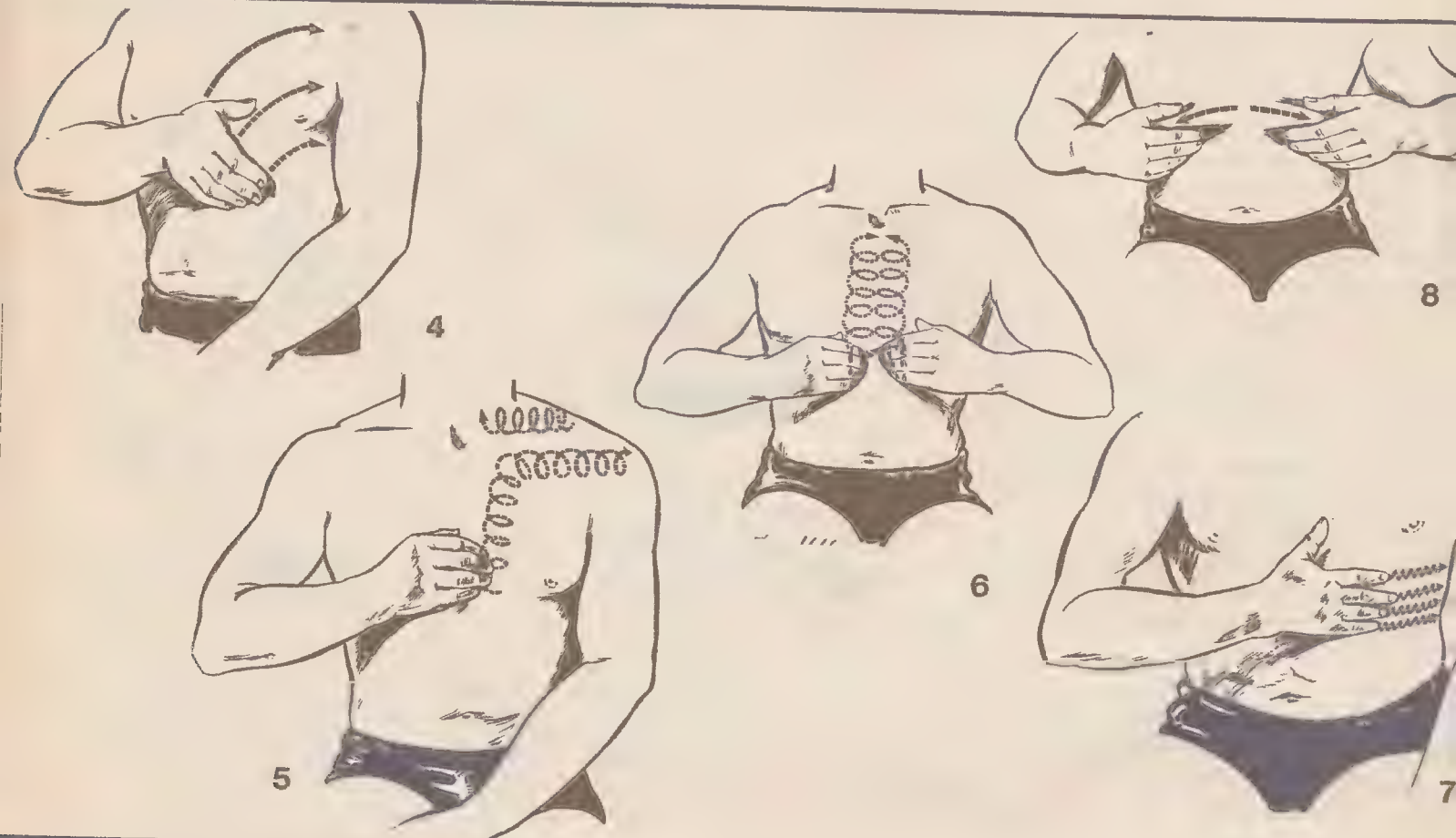
Затем все повторить на другой стороне груди.

Пальцами обеих рук мягко захватить нижний край грудной клетки (реберную дугу). Продвигая руки от грудины вниз и

ся, ее растирают вращательными движениями пальцев.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА

Начинать комплекс лучше с диафрагмального дыхания и других упражнений.



Женщины делают это, обходя молочную железу.

То же на другой стороне груди.

Слегка согнуть кисть, установить пальцы у левого края грудины. Производить концами пальцев мягкое вращательное растирание, продвигая руку от нижнего края грудины вверх до ключицы, затем под ключицей и над ключицей (рисунок 5). Этот прием перемежается с поглаживанием.

То же на другой стороне груди.

Растирание грудины производят пальцами обеих рук по направлению снизу вверх и сверху вниз (рисунок 6). Закончить поглаживанием.

Слегка развести пальцы и установить их слева от грудины в межреберные промежутки. Выполнять растирания — прямолинейное (пальцы мягко скользят в желобках между ребрами), кругообразное — пальцы совершают вращательные движения, спиралевид-

в стороны, сделать пальцами растирания — прямолинейное (рисунок 8) и спиралевидное (так же, как при растирании межреберных мышц).

Положить руку на большую грудную мышцу. (Внимание: женщины разминание и выжимание не делают!) Основанием ладони с небольшим нажимом сделать выжимание по направлению от нижнего угла ребер к подмышке, а затем от грудины к подмышке. Сначала под соском, потом над соском, сам сосок не трогают (рисунок 9).

Затем сделать разминание — несильно захватить большую грудную мышцу и мягко ее разминать между большим и четырьмя остальными пальцами, смещая в поперечных направлениях, продвигать руку по тем же направлениям, как и при выжимании (рисунок 10).

Сделать то же на другой стороне груди.

Если мышца мала и не захватывает-

которые производятся в положении лежа без подушки (упражнения 1—4). Количество повторений зависит от того, насколько быстро освобождаются от мокроты дыхательные пути. Чем хуже отходит мокрота, тем больше приходится повторять каждое упражнение (в среднем же — 4—7 раз). Если пожилой человек ощущает прилив крови к голове, количество повторений каждого упражнения надо сократить до 2—3 раз либо отказаться от них совсем. Выполняя упражнения 2 и 3, желательно проследить, на каком боку заметно улучшается выделение мокроты, и принимать это положение. Если воспалительный процесс в левом легком, ложатся обычно на правый бок и наоборот. Тем, у кого накапливается много мокроты, рекомендуется в течение дня 2—3 раза выполнять упражнения 1—4.

Количество повторений всех других упражнений увеличивайте постепенно

от 3—4 раз до 5—7. Движения делайте медленно, с большой амплитудой, следите за дыханием и самое главное — выдыхайте до конца, удлиняя выдох. Более полному удалению воздуха из легких способствует активное втягивание живота и сдавливание ребер руками во время выдоха через нос.

В тех случаях, когда дыхание затруднено, надо стараться удлинить выдох и выдыхать через рот, сложив губы трубочкой.

В течение первых двух недель заня-

донью левой надавить на левый бок — продолжительный выдох. Вернуться в исходное положение.

То же в другую сторону.

Лежа на боку

3. Лечь на правый бок, левую руку отвести за голову — вдох. Подтянуть к груди рукой левое колено (**рисунок I**) — продолжительный выдох.

То же, лежа на левом боку.

Лежа на животе

4. Руки согнуть, ладони под плечами — вдох. Опираясь на ладони, встать на четвереньки (**рисунок II**), коснуться нижней частью таза пяток — выдох. Вернуться в исходное положение.

Сидя на стуле

5. Ноги на ширине плеч. Руки через стороны вверх — вдох; опустить руки на колени, наклоняясь вперед — выдох.

6. Вдох. Сделать 3—5 круговых движений прямыми руками вперед — выдох. То же назад.

7. Руки к плечам. Поднимая левую ногу, потянуться правым локтем к левому колену (**рисунок III**); вернуться в исходное положение. То же другой ногой и рукой. Дыхание произвольное.

8. Руки на пояс. Поднять правую руку вверх, наклоняясь влево — вдох; вернуться в исходное положение — выдох. То же в другую сторону.

9. Руки на колени — вдох; круговое движение туловищем — выдох. Делать поочередно в каждую сторону.

10. Встать, руки в стороны — вдох; сесть, наклоняясь вперед, надавить руками на бедра — выдох.

11. Руки на колени. Согнуть руки в локтях, прогнуться — вдох; разогнуть руки, скользя ими по туловищу и бедрам, расслабиться, втянуть живот — продолжительный выдох.

Стоя

12. Ходьба обычная, ходьба быстрая в течение одной — трех минут (если нет одышки, медленный бег от полминуты до двух).

Ходьба медленная, дыхание глубокое — одна-две минуты.

13. Поднять руки вверх и одновременно ногу вперед — вдох. Опустить ноги и руки, расслабить руки, наклониться вперед — выдох (**рисунок IV**). То же другой ногой.

14. Ноги на ширине плеч, руки к плечам. Выпрямить вперед правую руку, повернуться влево, усиливая поворот движением правой руки. Вернуться в исходное положение. То же вправо. Дыхание произвольное.

15. Руки за голову — вдох; присесть, руки на колени — выдох.

16. Руки на пояс. Махи ногой вперед — назад. То же другой ногой. Дыхание произвольное. Если трудно сохранять равновесие, можно держаться рукой за спинку стула.

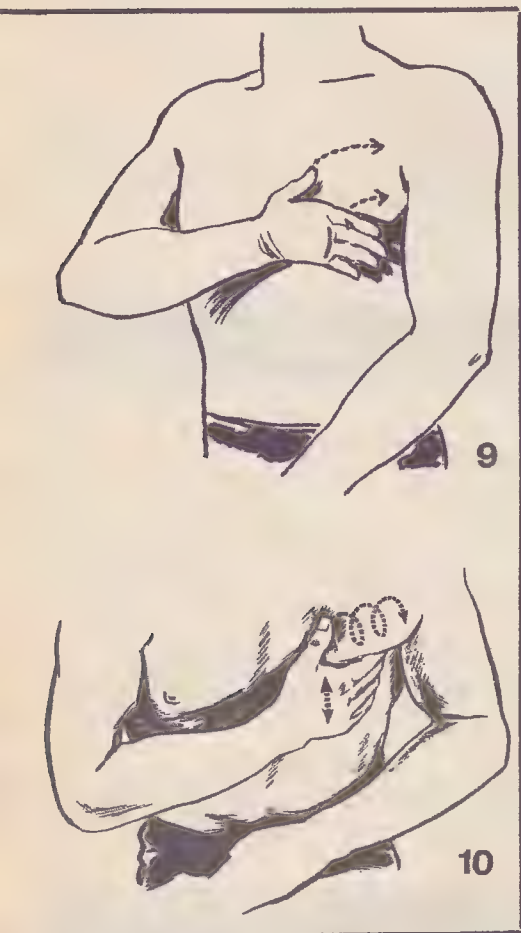
17. Ходьба медленная в течение од-

ной — трех минут. Дышать глубже, удлиняя выдох.

18. Согнуть руки в локтях, похлопать пальцами по грудной клетке — вдох; опустить руки, расслабиться — выдох.

После комплекса гимнастики хорошо сделать обтирание водой комнатной температуры и растереть кожу сухим полотенцем.

Поскольку страдающие хронической пневмонией очень чувствительны к охлаждению, им необходимо повышать защитные силы организма. Этому спо-



тий рекомендуются упражнения в положении лежа и сидя. По мере тренированности включаются также упражнения в положении стоя.

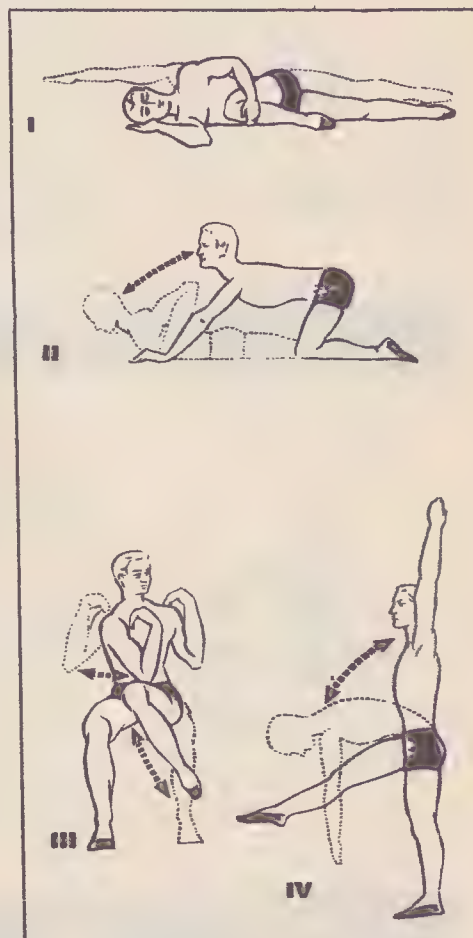
Физическая нагрузка не должна вызывать одышки, боли в груди при дыхании, неприятных ощущений в области сердца.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

Лежа на спине

1. Диафрагмальное дыхание. Ладони на живот. Медленно вдохнуть через нос, выпячивая живот. Еще медленнее выдыхать через рот (губы трубочкой), втягивая живот и надавливая на него руками.

2. Руки за голову, потянуться — вдох, повернуться на правый бок, подложить ладонь правой руки под голову, а ла-



способствует закаливанию. Ежедневно по вечерам надо мыть ноги — в течение первого месяца водой, температура которой 28—24 градуса. Снижая температуру воды на 1—2 градуса в неделю, постепенно следует довести ее до 20—17 градусов. Вначале моют и вытирают одну ногу, затем другую.

Тренировке и укреплению защитных сил организма способствуют пешеходные прогулки, игры на свежем воздухе, плавание в теплой воде при температуре не ниже 22—23 градусов, но только с разрешения лечащего врача.



Известно, что длительное воздействие низких температур и ветра на кожу приводит к ее преждевременному старению. На умеренный холод поверхностные сосуды лица отвечают расширением: кожа краснеет. Если долго приходится быть на морозе, сосуды суживаются. Из-за длительного их спазма ухудшается кровоснабжение тканей, нарушается их питание, снижается обмен веществ. Кожа становится сухой, шершавой, грубой, иногда покрывается мелкими трещинами. Застой крови вызывает покраснение, а порой и синюшность лица. Особенно страдает сухая кожа.

Как избежать неблагоприятных воздействий холода на кожу лица?

Прежде всего, выходя на улицу, не умывайтесь горячей водой. Тем, кто длительное время находится на моро-

зе и на ветру, например, работникам леса, рыбакам, а также лыжникам, туристам, после умывания на лицо, уши и руки рекомендуется наложить тонкий слой жира. Каким жиром пользоваться? Лучше всего свиным или гусиным. Его нарезают мелкими кусочками, растапливают в кастрюле, процеживают через марлю и хранят в прохладном месте в стеклянной баночке.

Никаким питательным кремом лицо перед выходом на улицу смазывать не следует. Даже самый жирный всегда содержит в себе воду. А она, испаряясь, способствует охлаждению.

Зимой надо особенно тщательно вытирать после мытья руки. Желательно мягким полотенцем, а потом втереть в кожу смесь: глицерин, смешанный с водой, соком лимона или

нашатырным спиртом. Эту смесь можно приготовить самим: берут 40 граммов глицерина, 60 граммов воды и добавляют 3—5 капель нашатырного спирта или сок половины лимона.

Если кожа рук потрескалась и стала грубой и шершавой, хорошо помогают теплые ванночки из растительного масла или настоя трав — ромашки, шалфея, липового цвета, взятых в равных частях. Продолжительность ванночки — 10—15 минут, делают их через день до тех пор, пока кожа не смягчится.

А. Ф. АХАБАДЗЕ,
кандидат
медицинских наук

Соки фруктовые и овощные

Здоровье СОВЕТУЕТ



Они полезны всем, особенно страдающим заболеваниями органов пищеварения. Таким больным в стадии обострения сырые овощи и фрукты нередко запрещают, а соки им пить можно.

Многие фруктовые, ягодные и овощные соки стимулируют деятельность пищеварительных желез и желчеотделение. Благодаря этому значительно улучшается усвоение пищи. Соки из капусты, огурцов, помидоров, моркови, винограда, арбуза, клубники, грейпфрута, апельсина, яблок рекомендуют при гастритах и других заболеваниях желудка и кишечника, сопровождающихся пониженной кис-

лотностью. Обычно пьют 150—200 граммов сока за 30—40 минут до еды.

Если кислотность желудочного сока повышена и усилено его выделение, полезны соки из брюквы, вишен, крыжовника, слив, малины, абрикосов — они тормозят желудочную секрецию. Соки разбавляют наполовину водой и пьют после еды.

Страдающие хроническими заболеваниями печени и желчных путей должны пить соки в подогретом виде и обязательно с учетом кислотности желудочного сока.

Напоминаем: приготавливая соки, не старайтесь делать их прозрачными. Чем больше сок содержит мякоти

плода, тем больше в нем витаминов и других ценных веществ.

Соки хорошо утоляют жажду, приятны на вкус. Особенно полезны они в зимнее время, когда в рационе питания мало бывает свежих овощей и фруктов.

В. К. ЗИКЕЕВА,
кандидат
медицинских наук

Здоровье СОВЕТУЕТ

Если вы хотите носить серьги



Проколоть ушные мочки многие считают процедурой несложной и часто делают это сами или с помощью друзей, знакомых. Такая «самостоятельность» чревата порой серьезными последствиями. Непродезинфицированными иглами и недостаточно чистой иглой можно занести инфекцию. Возможно развитие гнойного или рожистого воспаления, которое иногда заканчивается рубцовыми изменениями, уродующими ухо. Вот почему прокалывать уши рекомендуется только в медицинских учреждениях. Там сделают это с соблюдением правил асептики и антисептики, дадут квалифицированные советы, которые помогут избежать осложнений.

Прежде всего ни в коем случае нельзя передвигать продернутую в

мочку уха шелковинку, раневая поверхность может инфицироваться. Для формирования канала и заживления ранки обычно требуется 7—10 дней. В течение этого времени место прокола с обеих сторон не реже двух раз в день протирают ватой, смоченной борным спиртом, водкой или одеколоном. Каждое ухо обрабатывают отдельным ватным тампоном.

На седьмой—десятый день врач или медицинская сестра удаляют шелковинку и сразу же вдевают в уши серьги, предварительно их продезинфицировав. Мнение, что первыми серьгами должны быть обязательно золотые, неверно. Главное, чтобы они были легкими и достаточно надежно продезинфицированными. Желательно первое время носить серьги с удоб-

ным зажимом, который бы не давил на мочку уха.

В течение полутора-двух месяцев серьги рекомендуется не снимать и не менять, а место прокола по-прежнему ежедневно протирать каким-либо дезинфицирующим раствором. Через месяца два-три, когда канал в мочке уха полностью сформируется, можно легкие серьги заменить и на более тяжелые. На ночь такие серьги обычно снимают.

А. В. ФЕДОРОВА,
врач

Новочеркасск

АВТОТРАВМЫ



Рост автомобильного парка, резкое увеличение скорости движения настоятельно требуют использовать все возможности для предотвращения автотравм и тяжелых их исходов. К разрешению этой государственной важности задачи привлечены силы не только сотрудников Государственной автоинспекции, но и медицинских работников. Однако без широкого участия всего населения невозможно добиться успеха. По существующим правилам, теперь в каждой автомашине должны быть ремни безопасности и специальная аптечка, содержащая необходимый минимум медикаментов. И не только водитель, но и любой человек обязан уметь оказать первую помощь пострадавшему в аварии. Дорожные происшествия бывают в основном трех видов: наезд на пешеходов, столкновение и опрокидывание автомашины. Причем, как показывает практика, основной процент при автокатастрофах составляют легкие повреждения. Пострадавшие при этом обычно сами выходят из машин, они не теряют сознания, их не тошнит, нет рвоты; обнаруживаются лишь небольшие ссадины или ушибы мягких тканей. У пострадавшего в автомобильной ава-

рии человека могут быть и тяжелые повреждения, например, множественные переломы нижних конечностей и таза. Нередко к этому присоединяется также травма черепа, сопровождающаяся сотрясением мозга. Тяжелые повреждения ребер и ткани легкого, разрывы органов брюшной полости и другие травмы бывают у водителей и пассажиров при столкновении машин. И в заключение приведем только одну цифру: около 6 процентов пострадавших в автомобильной аварии погибают до госпитализации. Но это роковое число можно снизить, если своевременно помочь попавшему в беду человеку. Овладеть элементарными навыками и знаниями вам помогут специалисты Московского городского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского. Они расскажут о правилах оказания первой помощи при различных видах повреждений, возникших в транспортных авариях.

Б. Г. ЖИЛИС,
профессор

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

У ПОСТРАДАВШИХ в автоавариях могут быть множественные переломы костей или сочетанные травмы, когда повреждены конечности и голова, позвоночник, таз и органы брюшной или грудной полости. Пострадавший, как правило, находится в тяжелом состоянии и нуждается в незамедлительной помощи тех, кто до приезда «Скорой» оказался с ним рядом.

Прежде всего надо сделать все возможное для остановки кровотечения, поддержания дыхания. Если кровь вытекает сильной, прерывистой струей из сосуда на руке или ноге, необходимо наложить жгут выше места ранения. Держать его летом можно не более полутора часов, зимой — только полчаса.

Напоминаем, что одежду снимают сначала со здоровой, затем с поврежденной руки или ноги. При сильной боли обувь, брюки или рукав лучше всего разрезать.

Кожу вокруг раны протирают йодом, спиртом или одеколоном, закрывают стерильной марлей и завязывают. В тех случаях, когда кровотечение не очень сильное, достаточно давящей повязки.

При открытом переломе из раневого отверстия часто выступают костные от-

ломки. Не пытайтесь погружать их снова в рану! Это может вызвать тяжелые осложнения.

Если авария произошла не в городе и нельзя вызвать «Скорую», на сломанную ногу или руку накладывают шину. Шина должна захватывать два ближайших к перелому сустава. Например, локтевой и лучезапястный при переломе предплечья, коленный и голеностопный при переломе голени. А вот при переломе бедренной кости требуются длинные шины, так как надо фиксировать три сустава — тазобедренный, коленный и голеностопный. Одна шина — наружная — должна достигать подмышечной впадины и пятки, другая — паха и пятки.

В качестве шины можно использовать любой подсобный материал — доски, фанеру, палки, лыжи, зонты, пучки хвороста. Их обматывают шарфом, полотенцем и прибинтовывают. Бинтовать надо снизу, от пальцев руки или ноги. Если раны нет, шину накладывают поверх одежды. При отсутствии шин или подручных средств сломанную руку прибинтовывают к туловищу, а сломанную ногу — к здоровой ноге.

При внезапной остановке дыхания голову пострадавшего запрокидывают назад, подложив под шею валик из

скатанной одежды, и проводят искусственное дыхание по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос» (см. «Здоровье» № 1, 1975 год).

Нередко при множественных переломах ребер у пострадавшего бледнеет лицо, синеют губы, пульс становится частым и слабым, появляется резкая одышка. В этом случае надо туго забинтовать грудную клетку и, если нет черепно-мозговой травмы, придать пострадавшему полусидячее положение. При ранении головы человек независимо от тяжести повреждения должен находиться в лежачем положении.

У потерявшего сознание в результате травмы или большой кровопотери нередко бывает рвота. Осторожно уложите его на спину, поверните голову набок. Затем пальцем, обернутым марлей, салфеткой, носовым платком, удалите из полости рта рвотные массы, слизь, инородные тела, мешающие доступу воздуха в дыхательные пути.

В тех случаях, когда нет возможности вызвать «Скорую», оказав первую помощь пострадавшему, надо срочно доставить его в лечебное учреждение.

П. Н. Петров,
профессор



КАК ПРИГОТОВИТЬ ДИЕТИЧЕСКИЕ БЛЮДА

ПРОТЕРТЫЕ СУПЫ

Р. И. ЧАНЫШЕВА,
кандидат медицинских наук,

Е. Н. БОРИНСКАЯ,
врач

ПРОТЕРТЫЕ блюда врачи обычно назначают тем, кому нужно щадить желудок и кишечник от механического раздражения.

Готовят диетические протертые блюда из круп, говядины, рыбы, кролика, курицы, индейки, а также из овощей: кабачков, тыквы, цветной капусты, картофеля, моркови, зеленого горошка.

Протертые супы готовят на мясном бульоне, на отваре из круп или овощей или на смеси из этих отваров.

В диетическом питании широко используют протертые супы с добавлением манной, ячневой, перловой, овсяной, гречневой, полтавской крупы, риса, геркулеса. Все крупы, за исключением манной, полтавской и геркулеса, тщательно промывают.

Очень важно, чтобы в диетическом блюде все исходные продукты содержались в необходимой пропорции. Поэтому не обойтись без настольных весов и градуированной чашки.

Чтобы приготовление протертых супов значительно ускорить, крупу надо заранее перебрать, промыть, подсушить в духовом шкафу, а затем смолоть в кофемолке. Еще меньше времени занимает приготовление супа, если использовать крупы для детского и диетического питания.

В рецептах супов, которые мы ниже приводим, указан вес обработанных, очищенных продуктов.

ОВСЯНЫЙ

Овсяную крупу перебрать, промыть, залить кипятком и варить до полной готовности. Отвар процедить, крупу протереть через сито и смешать с отваром. Добавить горячее молоко, довести суп до кипения и снять с огня. Сырое яйцо разбить, взболтать вилкой и елить в него горячее кипяченое молоко. Этой смесью заправить суп, пока он еще не остыл, добавить в него соль, сахар, сливочное масло.

На порцию супа: 30 граммов овсяной крупы, 350 граммов воды, 10 граммов сливочного масла, 150 граммов молока, $\frac{1}{4}$ яйца, 2 грамма сахара.

КАРТОФЕЛЬНЫЙ

Картофель очистить, вымыть, сварить. Отвар слить в другую кастрюлю, картофель протереть через сито. Приготовить соус:

подсушенную в духовом шкафу и охлажденную муку развести в 30 миллилитрах картофельного отвара, вскипятить и процедить. Протертый картофель, соус и картофельный отвар смешать, добавить сырое яйцо и масло, тщательно перемешать. Суп вскипятить, посолить. Перед подачей на стол заправить сметаной и посыпать мелко нарезанной зеленью петрушки или укропа.

На порцию супа: 150 граммов картофеля, 350 граммов воды, 10 граммов сливочного масла, $\frac{1}{2}$ яйца, 20 граммов сметаны, 5 граммов муки, 5 граммов зелени.

ИЗ ЦВЕТНОЙ КАПУСТЫ С МАННОЙ КРУПой

Цветную капусту очистить от листьев, вымыть, сварить в воде, отвар процедить, капусту протереть через сито. В овощной отвар всыпать манную крупу, варить 10 минут, соединить с протертой цветной капустой, дать вновь вскипеть. Готовый суп заправить яйцом, смешанным с горячим кипяченым молоком, добавить соль, сливочное масло.

На порцию супа: 20 граммов манной крупы, 100 граммов цветной капусты, 350 граммов воды, 150 граммов молока, $\frac{1}{4}$ яйца, 10 граммов сливочного масла.

ИЗ ГЕРКУЛЕСА С ОВОЩАМИ НА МЯСНОМ БУЛЬОНЕ

Геркулес засыпать в кипящую воду и варить на небольшом огне до полного разваривания (не менее часа), протереть через сито. Морковь и картофель очистить, промыть и варить в мясном бульоне до готовности. Сваренные овощи протереть через сито, соединить с протертой крупой. Все это залить бульоном и вскипятить. Добавить соль, сливочное масло, сливки.

На порцию супа: 20 граммов геркулеса, 10 граммов сливочного масла, 70 граммов картофеля, 50 граммов моркови, 350 граммов мясного бульона, 200 граммов воды, 30 граммов сливок.

РИСОВЫЙ С МЯСОМ

Мясо отделить от костей, очистить от сухожилий и жира, промыть, отварить, остудить и пропустить 4 раза через мясорубку. Рис перебрать, промыть, залить кипящей водой, варить до полного разваривания (около трех часов), затем процедить через марлю. В процеженный рисовый отвар добавить протертое мясо, соль, довести до кипения и снять с огня. Сырое яйцо смешать с горячим кипяченым молоком и влить в суп. Все хорошо размешать, добавить сливочное масло.

На порцию супа: 70 граммов мяса, $\frac{1}{4}$ яйца, 20 граммов риса, 100 граммов молока, 350 граммов воды, 10 граммов сливочного масла.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ПРОДАВЦОВ



Производственная гимнастика широко вошла в жизнь коллективов промышленных предприятий. Ежедневно в определенное время под музыку опытные инструкторы проводят занятия. Иное дело—малочисленные коллективы мастерских, небольших магазинов, ателье. Не имеют возможности организованно заниматься и водители автомашин, городского транспорта, работники сферы обслуживания. Для них редакция начинает публиковать комплексы производственной гимнастики, которые можно выполнять самостоятельно. Занятия отнимут не более 5 минут, но зато меньше будет чувствоваться усталость к концу рабочего дня.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

Продавцу весь день приходится быть на ногах. Ноги к концу смены обычно сильно устают, поэтому почти весь комплекс предлагается выполнять сидя. Больше всего в нем упражнений, способствующих отдыху и укреплению мышц ног, что очень важно для профилактики варикозного расширения вен и плоскостопия. Включены в комплекс и упражнения, способствующие расслаблению мышц рук.

Летом упражнения лучше выполнять на свежем воздухе, а зимой—в хорошо проветренном помещении.

1. И. п.: стоя лицом к спинке стула, руками держась за спинку. 1—2—отставить правую ногу назад на носок, выпрямить руки, прогнуться назад, вдох. 3—4—вернуться в и. п., выдох. 6—8 раз.

2. И. п.: сидя на краю стула. 1—выпрямить ноги вперед, руки через стороны вверх, вдох. 2—3—два пружинящих наклона вперед, руками коснуться носков. 4—вернуться в и. п., руки расслабленно опустить, выдох. 6—8 раз.

3. И. п.: сидя на стуле. 1—2—поворот туловища вправо, правой рукой коснуться спинки стула с левой стороны. 3—4—вернуться в и. п. То же в другую сторону. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

4. И. п.: стоя лицом к спинке стула на расстоянии одно-

го шага, руки опущены. 1—2 руками взяться за спинку стула, присесть. 3—4—выпрямиться, не снимая рук со спинки стула, подняться на носки. 5—перекат на пятку, оторвать носки от пола. 6—подняться на носки. 7—вернуться в и. п., руки расслабленно опустить. Дыхание произвольное. 4—6 раз.

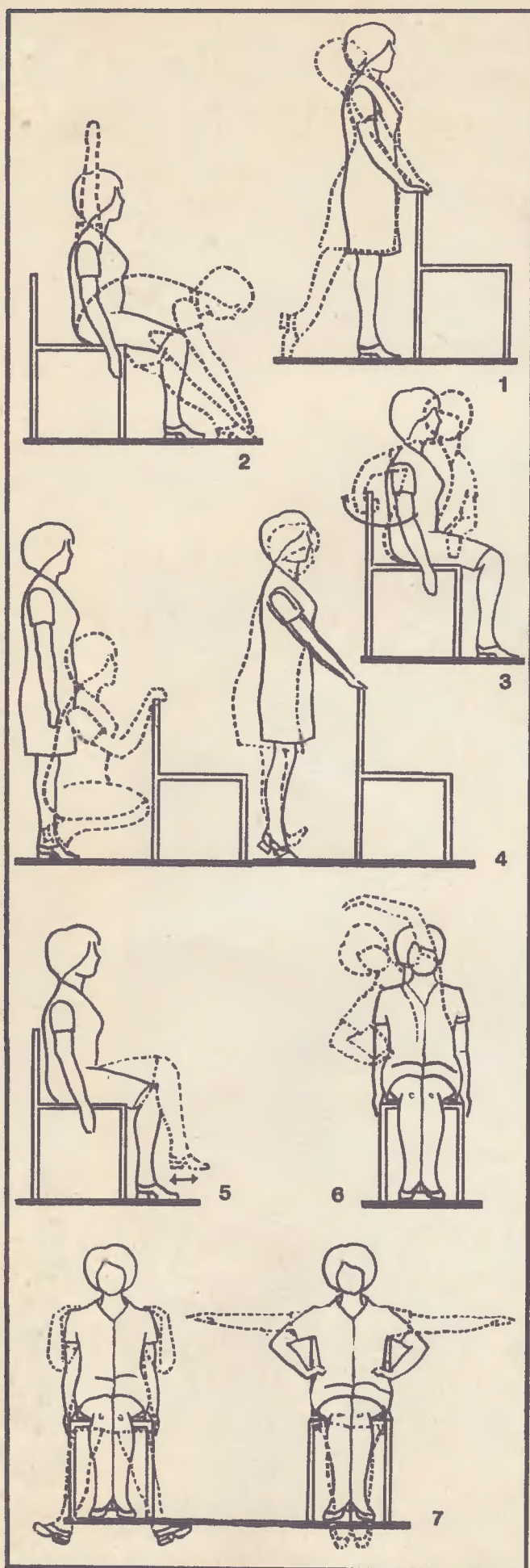
5. И. п.: сидя на стуле. 1—2—приподнять согнутую правую ногу, потрясти ею. 3—вернуться в и. п. То же другой ногой. Дыхание произвольное. 4—6 раз.

6. И. п.: сидя на стуле. 1—2—правую руку на пояс, левую вверх, наклон вправо. 3—4—вернуться в и. п., потрясти расслабленными руками. То же в другую сторону. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

7. И. п.: сидя на краю стула. 1—руки к плечам, ноги выпрямить вперед, ступни развести на расстояние шага. 2—руки в стороны, ступни соединить. 3—руки на пояс, ноги согнуть. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 8—10 раз.

Л. Н. НИФОНТОВА,
мастер спорта,
кандидат
педагогических наук

Рисунки А. КАЗАНИНА.



Цена 25 коп. Индекс 70328

